



REGERINGSKANSLIET

Remiss

2015-03-24

Dnr	2015/0269
Ink	2015 -03- 27
Landstinget Blekinge	
Dianet	
S2015/1650/FS	

Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

SOU 2015:20 Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Datainspektionen
3. Socialstyrelsen
4. Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
5. Myndigheten för vårdanalys
6. Statskontoret
7. Uppsala universitet
8. Göteborgs universitet
9. Arjeplogs kommun
10. Arvika kommun
11. Borgholms kommun
12. Borås kommun
13. Botkyrka kommun
14. Eskilstuna kommun
15. Eslövs kommun
16. Falköpings kommun
17. Gotlands kommun
18. Göteborgs kommun
19. Helsingborgs kommun
20. Hudiksvalls kommun
21. Härjedalens kommun
22. Jönköpings kommun
23. Kalmar kommun
24. Kiruna kommun
25. Kristianstads kommun
26. Kungälv kommun
27. Leksands kommun
28. Lindesbergs kommun
29. Linköpings kommun
30. Ljungby kommun
31. Ljusdals kommun

32. Ludvika kommun
33. Malmö kommun
34. Markaryds kommun
35. Munkedals kommun
36. Nora kommun
37. Norrtälje kommun
38. Nyköpings kommun
39. Nässjö kommun
40. Ovanåkers kommun
41. Piteå kommun
42. Sigtuna kommun
43. Simrishamns kommun
44. Skövde kommun
45. Sollefteå kommun
46. Stockholms kommun
47. Strömsunds kommun
48. Sundsvalls kommun
49. Torsby kommun
50. Umeå kommun
51. Uppsala kommun
52. Vilhelmina kommun
53. Västerviks kommun
54. Västerås kommun
55. Åre kommun
56. Åtvidabergs kommun
57. Älvdalens kommun
58. Örebro kommun
59. Övertorneå kommun
60. Stockholms läns landsting
61. Uppsala läns landsting
62. Södermanlands läns landsting
63. Östergötlands läns landsting
64. Jönköpings läns landsting
65. Kronobergs läns landsting
66. Kalmar läns landsting
67. Blekinge läns landsting
68. Skåne läns landsting
69. Hallands läns landsting
70. Västra Götalands läns landsting
71. Värmlands läns landsting
72. Örebro läns landsting
73. Västmanlands läns landsting
74. Dalarnas läns landsting
75. Gävleborgs läns landsting
76. Västernorrlands läns landsting
77. Jämtlands läns landsting
78. Västerbottens läns landsting
79. Norrbottens läns landsting

80. Sveriges läkarförbund
81. Vårdförbundet
82. Akademikerförbundet (SSR)
83. Kommunal
84. Vision
85. Handikappförbunden
86. Lika Unika
87. Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)
88. Sveriges Kommuner och Landsting
89. PRO Pensionärernas Riksorganisation
90. Sveriges Pensionärsförbund (SPF)
91. Sveriges Pensionärs Riksförbund (SPRF)
92. Vårdföretagarna
93. Praktikertjänst
94. Capio

Remissvaren ska ha inkommit till Socialdepartementet **senast den 30 juni 2015**. Vi ser helst att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se och s.fs@regeringskansliet.se

I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer 2015/1650/FS åberopas.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria *Svara på remiss – hur och varför* (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.



Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till
Fritzes kundservice, 106 47 Stockholm

Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård

*Betänkande av
Utredningen om betalningsansvarslagen*

Stockholm 2015



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2015:20

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst.
Beställningsadress: Fritzes kundtjänst, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Webbplats: fritzes.se

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför.

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02)

En kort handledning för dem som ska svara på remiss. Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remiss.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet.

Omslag: Elanders Sverige AB.

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2015.

ISBN 978-91-38-24250-6

ISSN 0375-250X

Till statsrådet Gabriel Wikström

Regeringen beslutade den 27 februari 2014 att tillkalla en särskild utredare för att genomföra en översyn av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, förkortad betalningsansvarslagen. Syftet med översynen är att åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan slutenvård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och onödigt vistelse på sjukhus så långt möjligt kan undvikas för utskrivningsklara patienter. Göran Stiernstedt, nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården, förordnades till särskild utredare.

Juristen Ulrika Jonasson, Socialstyrelsen, handläggaren Mikael Malm, Sveriges Kommuner och Landsting samt vice förbundsordförande Gunvor Peterson, SPRF, förordnades den 2 juni 2014 att som experter bistå utredningen. Som sakkunniga förordnades samma datum rättsakkunnig Aneta Siskovic (tidigare Blåder), Socialdepartementet, ämnesrådet Lena Hellberg, Socialdepartementet, ämnesrådet Kent Löfgren, Socialdepartementet, kanslirådet Markus Martinelle, Finansdepartementet samt kanslirådet Håkan Nyman, Socialdepartementet. Lena Hellberg entledigades den 24 oktober och ersattes samma datum av ämnessakkunnig Ingrid Schmidt, Socialdepartementet.

Utredningsarbetet har bedrivits som en integrerad del av utredningen om en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården (dir. 2013:104). Utredningen har arbetat med en ambition om stor öppenhet. Under hela processen har dialog förts med företrädare för såväl kommuner, landsting, intresseorganisationer, fackliga organisationer som med patienter/brukare, myndigheter och andra som berörs av frågan.

Juristen Anna Ingmanson har varit huvudsekreterare och juristen Maria Jacobsson har på deltid varit sekreterare i utredningen. Även juristen Daniel Zetterberg har deltagit i utredningsarbetet.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård* (SOU 2015:20) till regeringen.

Stockholm i februari 2015

Göran Stiernstedt

/Anna Ingmanson
Maria Jacobsson
Daniel Zetterberg

Innehåll

Sammanfattning	15
1 Författningsförslag.....	27
1.1 Förslag till lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård i hälso- och sjukvård	27
1.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	34
1.3 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	37
1.4 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)	38
2 Om uppdraget och dess genomförande	39
2.1 Uppdraget.....	39
2.1.1 Samordning med utredningsuppdraget En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården	40
2.2 Utredningsarbetet.....	40
2.3 Betänkandets disposition.....	42
2.3.1 Något om termer och begrepp som används	42
3 Betalningsansvarslagen förr och nu – ett påtryckningsmedel för effektivare vårdkedjor över huvudmannagränser	45
3.1 Drömmen om den sömlösa vården – Ädelreformen	45
3.1.1 Kommunalt betalningsansvar införs.....	47
3.1.2 Handikappreformen	54

3.1.3	Psykiatrireformen	55
3.2	Moderniseringen 2003 – gamla problem löses och nya uppstår.....	57
3.2.1	Samverkansproblemen består	57
3.2.2	Förändringar i betalningsansvarslagen 2003 – skärpning av kraven på vårdplanering	58
3.2.3	Socialstyrelsens tillämpningsföreskrifter	63
3.3	Betalningsansvarslagen i dag – innehåll i bestämmelserna	64
3.3.1	Inskrivningsmeddelande	64
3.3.2	Överföring av information vid inskrivning	65
3.3.3	Vårdplan och vårdplanering.....	65
3.3.4	Upprättande och justerande av vårdplan	66
3.3.5	Kallelse till vårdplanering.....	66
3.3.6	Former för vårdplanering	67
3.3.7	Vårdplanens innehåll	67
3.3.8	Patientens och närståendes delaktighet i vårdplaneringen	68
3.3.9	Personalens delaktighet	68
3.3.10	Andra planer och planeringar	69
3.3.11	Vad innebär att patienten är utskrivningsklar?.....	69
3.3.12	Utskrivningsmeddelande	70
3.3.13	Överföring av information vid utskrivning	70
3.3.14	Kommunens betalningsansvar	71
4	Volym och kostnader – utskrivningsklara patienter	73
4.1	Det är svårt att beräkna volym och kostnader avseende betalningsansvarslagens tillämpningsområde	73
4.2	Inventeringen 2004.....	74
4.3	Inventeringen 2007.....	75
4.3.1	Hur länge hade patienterna varit utskrivningsklara?	76
4.3.2	Vårdplaner och betalningsansvar.....	77
4.3.3	Vilka är de utskrivningsklara patienterna och vilka fortsatta insatser väntade patienterna på?	77
4.4	Socialstyrelsen 2013.....	78
4.4.1	Somatisk slutenvård	79

4.4.2	Psykiatrisk slutenvård	79
4.4.3	Var finns de utskrivningsklara patienterna?.....	80
4.4.4	Volymer och kostnader sammantaget	80
4.5	Data från Mest sjuka äldresatsningen	81
4.6	Utredning från SKL 2012	86
4.7	Socialstyrelsen 2014	88
4.8	Räkenskapssammandraget	88
4.9	Kvalitetsportal.se.....	89
4.10	Utredningens uppskattning av kostnader	96
4.10.1	En uppskattning av landstingens kostnader.....	96
4.10.2	Kommunernas avgifter med anledning av överträdelse av fristdagarna har minskat sedan reformen infördes	98
4.10.3	Det är i intervallet utskrivningsklara 1–5 dagar som det finns störst effektiviseringspotential.....	100
5	Omständigheter som påverkar ledtider, problem- och orsaksanalys	103
5.1	Socialstyrelsens enkät 2014	104
5.2	Ledtidernas längd påverkas av ett intrikat samspel mellan olika faktorer såväl i det enskilda fallet som på klinik-, kommun- och landstingsnivå	106
5.3	Påverkan på ledtider som härrör till bristande samverkan mellan huvudmännen	106
5.3.1	Läkarmedverkan i patientens fortsatta vård efter slutenvården är en osäkerhetsvariabel som påverkar såväl ledtider som kvalitet i vården.....	107
5.3.2	Patienternas hälsotillstånd kräver kompetens som den kommunala hälso- och sjukvården inte har – det är ofrånkomligt att samverkan med primärvård/öppenvård måste fungera bättre	109
5.3.3	Slutenvård och kommun ofta oense om patienten är ”utskrivningsklar”	111

5.3.4	Det dokumenteras som aldrig förr men ändå har berörda parter inte tillräcklig aktuell information om de berörda patienterna.....	113
5.3.5	Olika verksamheter regleras enligt olika lagstiftningar med olika målsättningar och former för beslutsfattande.....	119
5.4	Påverkan på ledtider som härrör till dagens konstruktion av Betalningsansvarslagen	123
5.4.1	Lagens konstruktion med fristdagar innan betalningsansvaret inträder förlänger i sig ledtiderna	123
5.4.2	Dagens konstruktion av betalningsansvarslagen ger inte tillräckliga incitament för primärvård/öppenvård att delta i vårdplaneringar....	124
5.4.3	Dagens regelverk runt vårdplanering är anpassad till en annan tid och fungerar alltför dåligt i dag.....	126
5.4.4	Vårdplaneringen genomförs inte med alla relevanta kompetenser	131
5.4.5	Planeringsprocessen startar för sent	132
5.4.6	Diverse praktiska tillämpningsproblem finns och kan ha viss betydelse för ledtider	133
5.5	Påverkan på ledtider som härrör till de respektive enskilda verksamheterna	137
5.5.1	Kommunernas insatsutbud – tillgång till korttidplats är alltför den största bromsklossen i systemet	137
5.5.2	Utskrivning till särskilt boende.....	140
5.5.3	Tillgång till övriga insatser inom socialtjänsten	141
5.5.4	Dålig efterlevnad av lag, föreskrift och rutiner	142
5.6	Påverkan på ledtider som härrör till omständigheter i det enskilda fallet.....	144
5.6.1	Omfattningen av planeringsarbetet i det enskilda fallet påverkar ledtider	144
5.6.2	Patienter som är i livets slut.....	145
5.6.3	Övriga iakttagelser av faktorer som kan påverka ledtider	146

6	Behov av förbättringar – allmänna överväganden.....	149
6.1	Hur bedömer kommunerna vad som behöver göras för att få till stånd kortare väntetider?.....	150
6.2	Övergripande förbättringsbehov för kortare väntetider	153
6.3	Samverkan mellan olika aktörer är fortfarande – snart ett kvartssekel efter Ädelreformen – inte vad det borde vara.....	153
6.3.1	Primärvårdens/öppenvårdens övertagande av det medicinska ansvaret för sköra patienter måste säkras	157
6.3.2	Tillgång till aktuell information måste bli mer effektiv.....	159
6.3.3	Vård i den enskildes hem är en viktig framtidsfråga – sådan verksamhet måste ges förutsättningar att växa	159
6.3.4	Det finns ett samband mellan kvaliteten på utskrivning från sjukhus och förekomst av återinläggningar	160
6.4	Kommunerna behöver flexiblare arbetsformer och utveckla sitt insatsutbud.....	161
6.4.1	Väntan på korttidsplats är den enskilt största bromsklossen	161
6.4.2	Formerna för biståndsbedömning behöver vara flexibla	162
6.5	Betalningsansvarslagens konstruktion idag ger inte tillräckliga förutsättningar för kortare väntetider.....	164
6.6	Tillsyn och annat stöd från myndigheter för att utveckla effektivare vårdkedjor	164
7	Våra överväganden och förslag	167
7.1	Behov av en lagstiftning som är bättre anpassad till nuvarande och framtidens behov	167
7.1.1	Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har genomgått stora förändringar sedan lagens tillkomst	167

7.1.2	Nuvarande lagstiftning är anpassad efter förhållanden som rådde för tjugo år sedan och fungerar inte tillfredsställande i dag.....	171
7.1.3	Det finns ett starkt förändringstryck att förbättra vårdprocesserna för patienter inom lagens målgrupp	174
7.2	Allmänna utgångspunkter för förslagen	175
7.2.1	Förutsättningarna för att skapa en sammanhållen vård och omsorg ser olika ut över landet.....	175
7.2.2	Den nya lagen måste på ett bättre sätt säkerställa god vård och god kvalitet i socialtjänsten.....	176
7.2.3	Kontinuitet	179
7.2.4	Möjligheten att fånga upp patienter vars vård och omsorg behöver planeras och samordnas	179
7.2.5	Teknikneutralitet.....	181
7.2.6	Den nya lagen måste styra mot ett effektivare resursutnyttjande	181
7.2.7	Ny lagstiftning med sikte på att förbättra i ”normalsituationer”	183
7.3	Lagen och dess tillämpningsområde m.m.	184
7.3.1	En ny lag ersätter betalningsansvarslagen.....	184
7.3.2	Lagens innehåll och tillämpning.....	185
7.3.3	Patienter som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård undantas från den nya lagen ...	187
7.3.4	Utredningen förslår inga ytterligare undantag för andra patientgrupper	191
7.3.5	Lagens syfte	193
7.3.6	Viktiga definitioner	194
7.4	En modern och mer flexibel planering av patientens vård och omsorg	197
7.4.1	Inskrivningsmeddelandet initierar planeringen inför patientens utskrivning	199
7.4.2	Inskrivningsmeddelandet måste innehålla mer information för att underlätta mottagande enheters planering	203
7.4.3	Sekretessbestämmelse som möjliggör informationsöverföring.....	205

7.4.4	Fast vårdkontakt	207
7.4.5	Planering av insatser inför patientens utskrivning ...	212
7.4.6	Slutenvården ska underrätta berörda enheter om att en patient har bedömts vara utskrivningsklar	215
7.4.7	Informationsöverföring vid utskrivning	216
7.4.8	Information till patienten i samband med utskrivningen	218
7.4.9	Samordnad individuell planering – berörda enheters gemensamma planering för att koordinera insatserna	220
7.4.10	Den landstingsfinansierade öppna vården ska kalla till samordnad individuell planering.....	229
7.5	Landstingens och kommunernas ansvar som huvudmän	233
7.5.1	Huvudmännen måste komma överens om hur de ska samverka	233
7.6	Kommunens betalningsansvar.....	240
7.6.1	Förutsättningar för kommunens betalningsansvar...	241
7.7	Lagen ska reglera vad som ska gälla ifall huvudmännen inte har kommit överens.....	246
7.7.1	Kommunen ska betala ett belopp motsvarande genomsnittskostnad för en vårdplats	260
7.7.2	Beloppet ska räknas upp årligen med hänsyn till prisutvecklingen på vårddygn i riket	261
7.8	Behov av mer detaljerade bestämmelser	264
8	Förslag på övriga åtgärder	267
8.1	Ett utvecklingsprogram för effektivare utskrivning från slutenvård	267
8.2	Åtgärder för att främja en effektivare samverkan mellan huvudmännen.....	268
8.2.1	Stöd till huvudmännen att teckna överenskommelser om samverkan avseende utskrivningsklara patienter.....	268
8.2.2	Utredningsstöd för att hitta de lokala ”bromsklossarna” i systemet.....	269

8.2.3	Metodstöd avseende samordnade individuella planer.....	270
8.2.4	Produktions- och kapacitetsplanering över huvudmannagränser	270
8.2.5	Utveckla statistiken vad gäller utskrivningsklara patienter och sambandet med oplanerade återinläggningar	270
8.3	Åtgärder för att främja ett effektivare resursutnyttjande i socialtjänsten.....	271
8.3.1	Stöd till kommunerna att införa nya arbetssätt.....	271
8.4	Åtgärder för att förstärka hälso- och sjukvårdens samordning runt patienter med sammansatta behov av insatser.....	272
8.4.1	Utveckling av metoder och arbetssätt avseende fast vårdkontakt.....	272
8.5	Övriga åtgärder	272
8.5.1	Särskild uppföljning av väntetid för patienter som vårdas inom ramen för LRV	272
8.5.2	Uppföljning av utvecklingen av väntetider	273
9	Lärdomar från framgångsrika verksamheter m.m.	275
9.1	Närvård i västra Skaraborg.....	275
9.2	Trygg hemgång-modellen	278
9.3	Vad kännetecknar de kommuner som i dag har korta snittväntetider?	281
9.4	Kronoberg.....	282
9.5	Skellefteå – snabb omställning är möjlig.....	283
9.6	Checklistor, skattningsinstrument och annat metodstöd finns	284
9.7	Trygg och säker utskrivning från sjukhuset, MAVÅ, vid Norrlands Universitets sjukhus.....	285
9.8	Erfarenheter från Norge	286

9.9	Erfarenheter från Danmark.....	288
10	Ekonomiska och andra konsekvenser av utredningens förslag.....	293
10.1	Ekonomiska konsekvenser.....	293
10.2	Konsekvenser för enskilda utförare.....	301
10.3	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen – proportionalitetsprincipen.....	301
10.4	Jämställdhet mellan kvinnor och män.....	301
10.5	Övriga konsekvenser.....	302
10.5.1	Konsekvenser för verksamheternas administration.....	302
10.5.2	Minskad administration för Regeringskansliet.....	303
11	Ikraftträdande.....	305
12	Författningskommentar.....	307
12.1	Förslaget till lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.....	307
12.2	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	322
12.3	Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).....	324
12.4	Förslaget till ändring i patientlagen (2014:821).....	324
	Referenser.....	327
	Bilaga	
	Bilaga 1 Kommittédirektiv 2014:27.....	339

Sammanfattning

Uppdraget

Vi har haft i uppdrag att göra en översyn av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, förkortad betalningsansvarslagen (BAL), i syfte att åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan slutenvård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och att onödig vistelse på sjukhus därmed så långt möjligt kan undvikas för utskrivningsklara patienter.

Vi har särskilt fokuserat på *förutsättningarna* för att patienter i slutenvård som bedöms utskrivningsklara och som behöver fortsatta insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och som också kan ha behov av insatser från den landstingsfinansierade öppna vården så snabbt som möjligt kan ges fortsatt vård och omsorg i det egna hemmet eller inom särskilt boende. Formerna för och innehållet i huvudmännens samverkan avseende utskrivningsklara patienter har varit en viktig utgångspunkt i arbetet samt att översynen ska vara så allsidig som möjligt avseende olika patientgrupper och olika typer av vård.

Utredningens arbete har bedrivits integrerat med utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14).

Arbetet har bedrivits öppet och utåtriktat och stor vikt har lagts vid kunskapsinhämtning från de som är praktiskt verksamma i arbete med utskrivningsklara patienter samt hur patienter upplever utskrivningsprocessen. Utredningen har i arbetet fört dialoger med berörda statliga myndigheter, företrädare för kommuner och landsting, läns- och regionförbund, Sveriges Kommuner och Landsting, fackliga organisationer, yrkesföreningar, privata utförare, patient/brukar-

företrädare och andra som berörs av frågan. Utredningen har därtill medverkat vid ett flertal konferenser och seminarier.

Översynen av betalningsansvarslagen

Betalningsansvarslagen infördes som en del av Ädelreformen. Lagen innebar att kommunerna fick betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård samt för medicinskt färdigbehandlade personer inom landstingens akutsjukvård och geriatriska vård. Betalningsansvarslagen kompletterades med bestämmelser om medicinskt färdigbehandlade inom psykiatrin i samband med psykiatrireformen. Syftet med betalningsansvaret är att det ska utgöra ett incitament för kommunerna att inom rimlig tid överta ansvaret för insatser till patienterna när de inte längre behöver vårdas i slutenvård.

Nuvarande betalningsansvarslag

Betalningsansvarslagen innehåller bestämmelser om vårdplanering. Slutenvården ska underrätta berörda enheter att en patient kan komma att behöva insatser efter slutenvårdstiden genom ett in-skrivningsmeddelande. Slutenvården ska kalla till vårdplanering och en vårdplan ska upprättas för en patient som efter att ha skrivits ut från slutenvård bedöms behöva kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård. Senast dagen före det att en patient beräknas skrivas ut från slutenvården ska berörda enheter underrättas genom ett utskrivningsmeddelande. I Socialstyrelsens föreskrifter finns kompletterande bestämmelser om informationsöverföring i samband med utskrivning.

Lagen innehåller också bestämmelser om kommunernas betalningsansvar. Dessa bestämmelser innebär att kommunen är betalningsskyldig för utskrivningsklara patienter som har en upprättad vårdplan. Betalningsansvaret kan tidigast inträda fem vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen. För patienter i den psykiatriska slutenvården kan betalningsansvaret tidigast inträda trettio vardagar, lördag, midsommarafton, julafton

och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen.

Lagen är i dag delvis dispositiv, dvs. huvudmännen kan avseende vissa bestämmelser avtala om att annat ska gälla mellan parterna. Parterna kan exempelvis avtala om tidpunkten för inträdet av kommunernas betalningsansvar och de belopp som i sådant fall ska erläggas av kommunen. Det finns dock mycket få exempel på att sådana överenskommelser gjorts.

Problem med nuvarande lagstiftning

Alltför långa väntetider för patienterna

En klar majoritet av alla som omfattas av betalningsansvarslagen är över 65 år. Riksgenomsnittet för denna grupp är att de får vänta cirka fyra dagar efter att de bedömts som utskrivningsklara innan de kan lämna slutenvården.

I första hand är väntetider ett kvalitetsproblem för de berörda patienterna. Slutenvården är inte anpassad för patienternas behov efter att de bedömts som utskrivningsklara. Dessutom finns vissa patientsäkerhetsrisker med slutenvård. Väntetiden att få komma vidare i vårdkedjan medför även en onödigt hög kostnad för samhället eftersom kostnaden för en vårdplats i slutenvård normalt sett är betydligt högre än kostnaden för öppen vård och omsorg. Vården av utskrivningsklara patienter är även en bidragande orsak till överbelägningsproblematik. Vid överbelägningsproblematik kan personalen pressas att skriva ut de patienter som är "minst sjuka" för att få plats med andra patienter med större behov av vårdplatsen. Det uppstår bl.a. risk för att patienter skrivs ut för tidigt och därigenom ökar också risken att patienter blir återinlagda inom kort. Utskrivningsklara patienter som blir kvar i slutenvård skapar således en ond cirkel. För personal i slutenvård innebär även vården av utskrivningsklara patienter ett etiskt dilemma eftersom en vårdplats som upptas av en utskrivningsklar patient hade kunnat ges till en patient med ett större behov.

Det är mycket stora skillnader i väntetider mellan landstingen, mellan kommuner och mellan olika kliniker. Skillnaderna kan inte entydigt förklaras med olika lokala förutsättningar eller tillgång till resurser. I stället är det ett komplicerat samspel mellan olika fakto-

rer som påverkar ledtidernas längd. Utöver patientens hälsotillstånd, behov och önskemål finns en lång rad andra faktorer som påverkar hur långa ledtiderna blir. Några exempel är hur väl informationsöverföringen fungerar, logistiken kring praktiska ting i samband med utskrivning, omfattningen av och formerna för planeringsarbete, vilket stöd kommunerna har från primärvården eller annan landstingsfinansierad öppenvård, samt vilket insatsutbud kommunen har att erbjuda patienten/brukaren.

Utredningen har analyserat vad som kännetecknar de kommuner som i dag har mycket korta ledtider och gemensamt för dessa är att de höjt medvetenheten och prioriterat arbetet med utskrivningsklara patienter, att samverka mellan olika verksamheter fungerar väl och att arbetssätten inom socialtjänsten anpassats.

Bestämmelserna om vårdplaneringsprocessen är inte adekvata för dagens och morgondagens behov

Dagens konstruktion av betalningsansvaret medför att vårdplaneringen ofta görs innan patienten lämnar slutenvården. Det är visserligen inte otillåtet att vårdplanera efter att patienten skrivits ut men det kommunala betalningsansvaret förutsätter att vårdplanen är upprättad innan utskrivning. Denna ordning är inte längre fullt ut adekvat mot bakgrund av de stora strukturella förändringar som både hälso- och sjukvården och socialtjänsten genomgått sedan Ädelreformen.

Antalet vårdplatser inom akutsjukvården och annan sluten vård har mer än halverats på tjugo år. Medelvårdtiden i slutenvård inom vuxenpsykiatri har minskat från 60 dagar 1987, 17 dagar 2008 till 15 dagar 2012. Det innebär att allt mer av hälso- och sjukvården flyttat ut från sjukhusen och förväntningarna på vad såväl kommuner som den landstingsfinansierade öppenvården ska klara har förändrats.

De kortare vårdtiderna innebär också att den faktiska planeringstiden för de mottagande enheterna blivit kortare. Den vårdplanering som ska göras enligt betalningsansvarslagen med berörda mottagande enheter tenderar i dag att komma alltför tidigt i patientens återhämtnings- och rehabiliteringsprocess. Det finns även tecken på att vårdplaneringen blir en punktinsats. Planeringen blir därmed inte en process med naturlig uppföljning som det borde vara.

Vidare finns det för en del patienter fördelar med att planeringen görs efter att patienten lämnat sjukhuset och har hunnit återhämta sig något. Patienten kan på så sätt bli mer delaktig i planeringen. Planeringen av insatserna kan bli både mer träffsäker och långsiktig när berörd personal på plats i patientens hem kan se hur han eller hon fungerar i sin vardag. Betalningsansvarslagens konstruktion ger dock starka incitament att i stället vårdplanera på sjukhuset.

Det är mycket vanligt att representanter för primärvård eller annan öppenvård som patienten behöver efter slutenvårdstiden inte deltar i planeringsarbetet i samband med utskrivning. Den vårdplan som upprättas enligt betalningsansvarslagen blir därmed i hög utsträckning en plan över de åtgärder som de berörda kommunala enheterna planerat för den enskilde. Slutenvårdens ansvar för patienten tar normalt slut i samband med att patienten skrivs ut och därmed uppstår risk för ett ”glapp” i ansvarskedjan för patienten. Utredningen menar att detta är en mycket allvarlig brist i nuvarande system, vilket bidrar till att de samlade insatserna inom vård och omsorg inte hänger samman. Sannolikt är detta en bidragande orsak till oplanerade återinläggningar i slutenvård.

Utredningens förslag

Det finns en tämligen bred enighet om behovet av att åtgärda problemen med patienter som blir kvar onödigt länge i slutenvården. Samtidigt finns intressekonflikter mellan olika parter avseende vad som behöver åtgärdas för att komma tillrätta med problemen.

Utredningen konstaterar att nuvarande betalningsansvarslag inte ger huvudmännen tillräckliga incitament och verktyg för att åtgärda problemen. Lagen ger för svaga incitament för kortare väntetider och vårdplaneringsprocessen är inte anpassad efter de arbetsätt och behov som finns i dag. Planeringen blir inte det effektiva sätt att hålla samman den enskildes insatser som skulle behövas.

Utredningen föreslår att nuvarande betalningsansvarslag upphävs och ersätts av en ny lag – *lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård*. Utredningen har i arbetet gjort avvägningar mellan olika intressen och värden med hänsyn taget till de praktiska förutsättningar som råder i dag att åstadkomma förändring.

Syftet med den nya lagen är att patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna slutenvården på ett tryggt sätt. Patienter ska inte vara på sjukhus när de inte behöver. Målgruppen för den föreslagna lagen är patienter som efter utskrivning från den slutna vården behöver insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och som också kan ha behov av insatser från den landstingsfinansierade öppna vården, inklusive primärvården.

Patienter som vårdas med stöd av lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård undantas från lagen eftersom planerings- och utskrivningsprocessen för dessa patienter är radikalt annorlunda än för andra patienter.

En förändrad planeringsprocess

I den nya lagen föreslås en förändrad planeringsprocess. De enheter som ska ta över ansvaret för patientens insatser efter utskrivning från slutenvård behöver snabbare än i dag få kännedom att patienten kan komma att behöva den berörda enhetens insatser. Utredningen föreslår att behandlande läkare i slutenvård inom 24 timmar efter att patienten skrivits in underrättar berörda enheter genom ett *inskrivningsmeddelande*.

Inskrivningsmeddelandet ska innehålla en bedömning av när patienten är utskrivningsklar. Utredningen bedömer att det underlättar mottagande enheters förberedelser om sådan information kommer så tidigt som möjligt.

Utredningen föreslår att skyldigheten att upprätta en vårdplan i dess nuvarande form tas bort. I stället ska redan befintlig bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen om *samordnad individuell plan* tillämpas i planeringsarbetet. Den föreslagna lagen styr inte när i tid den samordnade individuella planeringen ska göras vilket innebär att planeringen kan göras även efter att patienten skrivits ut. Den samordnade individuella planeringen med berörda enheter ska ske när det är mest optimalt för patienten.

Utredningen föreslår att när en berörd enhet i den landstingsfinansierade öppna vården har fått ett inskrivningsmeddelande

angående en patient, ska verksamhetschefen utse en *fast vårdkontakt* för patienten, om han eller hon inte redan har en sådan. Bestämmelser om fast vårdkontakt finns sedan tidigare i HSL och patientlagen och länkas nu samman med bestämmelser om utskrivningsprocessen.

Patientens fasta vårdkontakt får enligt utredningens förslag, *ansvar för att kalla berörda enheter* till samordnad individuell planering. Avsikten med detta är att säkerställa den öppna vårdens medverkan i den samordnade individuella planeringen i samband med utskrivning.

Krav på att huvudmännen ska komma överens om samvekan kring utskrivningsklara

Lagstiftningen måste vara så flexibel att den inte förhindrar anpassning till lokala förhållanden och arbetssätt. Anpassning till lokala förhållanden är en viktig förutsättning för att resurser ska användas på det mest optimala sättet. Ett principiellt ställningstagande är därför att lagen endast ska säkerställa vissa nödvändiga principer och regler. I första hand ska huvudmännen *komma överens om gemensamma riktlinjer för samverkan*. De ska kunna välja den detaljeringsgrad som är nödvändig utifrån lokala förutsättningar och önskemål. Detta gäller exempelvis rutiner för informationsöverföring, vad som ska vara åtgärdat innan patienten skrivs ut från slutenvård, vem som ansvarar för vad, hur patienter ska följas upp m.m.

Utredningen föreslår att det ska vara obligatoriskt för huvudmännen att komma överens om när kommunernas betalningsansvar inträder och vilka belopp som kommunerna i sådant fall ska betala, faktureringsrutiner samt hur huvudmännen ska lösa eventuella tvister med varandra.

Lagstiftningen innehåller en ”back-up-lösning” om huvudmännen inte kommer överens

Utredningen bedömer att det även framgent behövs ekonomiska incitament för att väntetiderna mellan slutenvård och öppenvård och omsorg i öppna former ska kunna hållas så korta som möjligt. Vad som är rimliga planeringstider (och därmed väntetider) är dock

avhängigt många olika faktorer, t.ex. lokala förutsättningar, den enskilde patientens situation och hur effektiv samverkan är mellan olika verksamheter. Utredningen föreslår att huvudmännen ges en skyldighet att mellan sig överenskomma tidsramar, belopp och andra villkor för det kommunala betalningsansvaret. På detta sätt kan väntetiderna bli bättre anpassade till lokala förhållanden. En målsättning ska vara att väntetiderna ska hållas så korta som möjligt.

Utredningen föreslår att lagen förses med en ”back-up-lösning” om huvudmännen inte kan komma överens om tidfrister och belopp avseende betalningsansvaret för utskrivningsklara patienter. ”Back-up-lösningens” konstruktion innebär skarpare krav på huvudmännen jämfört med dagens lagstiftning. Utredningens avsikt med detta är att stimulera huvudmännen till förbättringsarbete utifrån lokala förutsättningar och att huvudmännen därigenom ska komma överens om vilka fristdagar och belopp som är adekvata lokalt. Förslaget innebär att förändrings- och förbättringsarbete kommer att behöva utföras hos båda huvudmännen.

I dagens betalningsansvarslag räknas tidsfristen från tidpunkten då kommunen mottagit kallelse till vårdplanering. Betalningsansvaret kan tidigast inträda fem vardagar efter att kallelsen mottagits respektive trettio vardagar för patienter i psykiatrisk vård. De tidsfrister för betalningsansvarets inträde som finns i i dag sattes mot bakgrund av vad som vid den tiden ansågs vara en god standard. Utredningens förslag är att det kommunala betalningsansvaret inträder *tre dagar* efter att behandlande läkare i slutenvård underrättat berörda enheter om att patienten är utskrivningsklar. Utredningen konstaterar att många kommuner redan i dag har rutiner som säkerställer snabbare övergångar. Utredningens förslag innebär därmed att standarden sätts efter de som i dag arbetar effektivt med utskrivningsklara patienter. Utredningens förslag innebär att regelverket kring fristdagar blir lika för alla patienter vilket innebär att patienter som vårdas i psykiatrisk slutenvård inte längre får avvikande regler.

Utredningen föreslår att det för varje år ska finnas ett nationellt fastställt belopp som kommunerna ska betala om betalningsansvaret inträtt och om huvudmännen inte kommit överens om annat. Beloppet ska motsvara ett genomsnitt i landet och inte differentieras avseende typ av vårdplats. Regeringen eller den myndighet som rege-

ringen bestämmer ska årligen fastställa detta belopp med hänsyn till utvecklingen av kostnaden för en vårdplats i slutenvård.

Det kommunala betalningsansvaret villkoras - landstingen måste ha utfört vissa centrala uppgifter

Kommunernas möjligheter att snabbare än i dag ta över sin del av ansvaret för utskrivningsklara patienter är i mycket stor utsträckning avhängigt såväl slutenvårdens agerande som att den landstingsfinansierade öppenvården är delaktig i processen. Landstingen sitter således på centrala förutsättningar för kommunerna att ta sin del av ansvaret.

Mot denna bakgrund bedömer utredningen att det kommunala betalningsansvaret för utskrivningsklara patienter ska villkoras på så sätt att landstinget måste ha uppfyllt vissa centrala delar i processen för att det kommunala betalningsansvaret överhuvudtaget ska komma ifråga.

Utredningens förslag innebär att landstingen inom 24 timmar efter att patienten skrivits in i slutenvård ska underrätta berörda enheter inom kommuner och landstingsfinansierad öppenvård att patienten kan komma att behöva insatser efter att patienten skrivs ut. Inskrivningsmeddelandet ska innehålla uppgift om beräknad utskrivningsdag. På detta sätt får kommunen och berörda enheter inom landstinget på ett tidigare stadium än i dag möjlighet att planera för mottagandet av patienten. Om den slutna vården inte skickar ett inskrivningsmeddelande för patienten kan kommunen inte få något betalningsansvar.

En stor och allvarlig brist i dag är att den landstingsfinansierade öppna vården som patienten behöver efter utskrivning från sjukhus inte är tillräckligt delaktig i planeringsarbetet runt patienterna. Utredningen bedömer att detta ofta är en bidragande orsak till oplanerade återinläggningar av patienter. Primärvårdens/öppenvårdens frånvaro i planeringsprocessen kan också bidra till längre ledtider mellan slutenvård och vård och omsorg i öppna former. Detta eftersom kommunernas verksamheter ofta är beroende av insatser från primärvården eller annan öppenvård för att på ett patientsäkert sätt kunna ta över sin del av ansvaret för patienten. Det är således viktigt att patientens vistelse i slutenvård även blir en angelägenhet för den landstingsfinansierade öppna vården. För att säkerställa att

den landstingsfinansierade primärvården/öppenvården är delaktig i planeringsarbetet i samband med utskrivning föreslår utredningen att patienter som omfattas av den föreslagna lagen alltid ska få en fast vårdkontakt utsedd i den landstingsfinansierade öppna vården. Den fasta vårdkontakten får ansvar för att kalla till samordnad individuell planering. Kallelsen ska skickas inom tre dagar efter att slutenvården underrättat berörda enheter att patienten bedömts som utskrivningsklar. Om så inte sker kan kommunen inte heller bli betalningsansvarig till landstinget om patienten blir kvar i slutenvård efter att tre dagar gått.

Huvudmännen behöver stöd i förändringsarbetet

Utredningen föreslår utöver de lagändringar som nämns ovan att regeringen tar initiativ till ett utvecklingsprogram för att stödja huvudmännen i den omställning som är önskvärd för att åstadkomma kortare väntetider. Utvecklingsprogrammet har flera olika delar; stöd till huvudmännen att teckna överenskommelser om samverkan avseende utskrivningsklara patienter, utredningsstöd för att hitta de lokala "bromsklossarna" i systemet, metodstöd avseende samordnade individuella planer, utvecklad statistik vad gäller utskrivningsklara patienter och sambandet med oplanerade återinläggningar, stöd till kommunerna att införa nya arbetssätt, utveckling av metoder och arbetssätt avseende fast vårdkontakt m.m. Utredningen föreslår även att regeringen efter en tid tar initiativ till en uppföljning av utvecklingen av väntetider och eventuella undanträngningseffekter.

Ekonomiska och andra konsekvenser

En målsättning med den nya lagen är att den ska leda till ett effektivare resursutnyttjande av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens sammantagna resurser, samtidigt som kvaliteten ökar för patienterna. Utredningens förslag innebär att huvudmännen lokalt måste komma överens om tidsfrister för inträdet av kommunernas betalningsansvar samt vilka belopp som kommunerna i sådant fall ska betala. Det är därmed inte möjligt att i förväg beräkna utfallet av de förändringar som utredningen föreslår.

Om utredningens förslag avseende tidsfrister och belopp skulle tillämpas nationellt uppskattar utredningen att den totala medelvårdtiden efter att patienten bedömts som utskrivningsklar skulle kunna halveras. I sammanhanget är det inte adekvat att tala om besparingar i monetära termer eftersom de vårdplatser som skulle frigöras kommer att behövas för andra patienter alternativt underlätta i situationer där det finns överbeläggningar. Samtidigt som resurserna används mer effektivt höjs kvaliteten på vården och omsorgen för de berörda patienterna/brukarna eftersom de slipper onödigt väntetid. Utredningens förslag innebär en effektivisering av planeringsprocessen och vi bedömer, mot bakgrund av befintliga exempel där man redan i dag har arbetsätt som möjliggör korta väntetider, att kostnaderna generellt sett inte ökar. Utredningen kan heller inte se några skäl till att kostnaderna för kommunernas avgifter till landstingen generellt sett skulle öka. Utredningen bedömer att kommunernas planeringsförutsättningar ändras på ett sådant sätt att omställningen är möjlig utan att det generellt sett behövs tillföras mer resurser. Målgruppen och behoven är i princip desamma som i dag. Kostnaderna för kommunernas ansvar för att ge insatser, även med kort varsel, skatteväxlades i samband med Ädel- och psykiatireformerna.

Utredningen anser att finansieringsprincipen inte är tillämplig i detta fall. Finansieringsprincipen gäller förhållandet mellan staten och kommunsektorn och detta förslag avser endast ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Härigenom föreskrivs följande.

Lagens innehåll och tillämpning

1 § I denna lag finns bestämmelser om samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från landstingets slutna vård kan komma att behöva insatser från en kommun i form av socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Det finns även bestämmelser om hur dessa insatser för den enskilde ska planeras tillsammans med insatser från landstingets öppna hälso- och sjukvård. Lagen ska i dessa delar (4 – 12 §§) tillämpas av vårdgivare och den som bedriver socialtjänst. Lagen ska också tillämpas av de som är yrkesverksamma i dessa verksamheter.

I denna lag finns också bestämmelser om samverkan mellan landsting och kommun och om kommunens betalningsansvar för utskrivningsklara patienter. Dessa bestämmelser (13 – 18 §§) ska tillämpas av landsting och kommuner i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst.

Vad som i denna lag sägs om landsting gäller även kommuner som inte ingår i ett landsting.

Lagen ska inte tillämpas i samband med utskrivning av patienter vårdas enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Lagens syfte

2 § Denna lag syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och som också kan ha behov av insatser från den landstingsfinansierade öppna vården. I detta syfte ska lagen särskilt främja att en patient skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.

Definitioner

3 § I denna lag används dessa begrepp med följande betydelse.

– Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt även sjuktransporter.

– Med socialtjänst avses insatser för en enskild enligt författningarna om socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade samt insatser enligt de särskilda författningarna om vård utan samtycke av unga eller av missbrukare.

– Med slutna vård avses hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård.

– Med öppen vård avses annan hälso- och sjukvård än slutna vård.

– Med utskrivningsklar avses att en patients hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården.

Inskrivningsmeddelande

4 § Om den behandlande läkaren bedömer att en patient kan komma att behöva insatser från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller socialtjänsten efter att patienten har skrivits ut, ska läkaren underrätta de berörda enheterna genom ett inskrivningsmeddelande. Inskrivningsmeddelandet ska lämnas senast 24 timmar efter det att patient har skrivits in i den slutna vården eller så snart

det därefter bedöms finnas ett behov av det. Ifall patienten även behöver insatser från den landstingsfinansierade öppna vården ska också berörda enheter i den öppna vården få ett inskrivningsmeddelande.

Inskrivningsmeddelandet ska innehålla upplysningar om inskrivningsorsak och beräknad tidpunkt för utskrivning.

Fast vårdkontakt i den öppna vården

5 § När berörd enhet i den landstingsfinansierade öppna vården har fått ett inskrivningsmeddelande angående en patient, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten, om han eller hon inte redan har en sådan.

Verksamhetschefen ska utse den fasta vårdkontakten innan patienten skrivs ut från den slutna vården.

Planering inför patientens utskrivning

6 § När en berörd enhet inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten har fått ett inskrivningsmeddelande ska enheten inleda planeringen av de insatser som är nödvändiga för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården och efter utskrivningen få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda.

Underrättelse om att en patient är utskrivningsklar

7 § När den behandlande läkaren har bedömt att en patient är utskrivningsklar, ska läkaren så snart som möjligt underrätta de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande enligt 4 § om denna bedömning.

För patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård, ska en underrättelse enligt 7 a § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård motsvara en underrättelse enligt första stycket.

Informationsöverföring vid utskrivning

8 § Senast samma dag som en patient skrivs ut från den slutna vården, ska den behandlande läkaren vid den enhet där patienten vistas överföra sådan information, som är nödvändig för patientens fortsatta hälso- och sjukvård och socialtjänst, till de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande enligt 4 §.

Information till patienten

9 § När en patient skrivs ut från den slutna vården ska den behandlande läkaren ge patienten skriftlig information om vilka insatser som har genomförts under vårdtiden.

Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en närstående till patienten.

Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för detta i 6 kap. 12 § andra stycket eller 13 § första stycket patientsäkerhetslagen (2010:659) eller i 25 kap. 6 eller 7 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Samordnad individuell planering

10 § Om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, ska en gemensam planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Planeringen ska genomföras i enlighet med bestämmelserna om samordnad individuell plan i 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453).

När det gäller patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård ska planeringen genomföras enligt bestämmelserna om en samordnad vårdplan enligt 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

11 § Om patienten behöver insatser från hälso- och sjukvården efter utskrivningen, ska patientens fasta vårdkontakt i den öppna vården kalla till den samordnade individuella planeringen enligt 10 § första stycket.

Kallelsen ska skickas senast tre dagar efter att en underrättelse enligt 7 § om att patienten är utskrivningsklar har lämnats.

Undantag från sekretess

12 § Sekretess hindrar inte att ett landsting till en kommun eller till en privat vårdgivare eller utförare av socialtjänst lämnar uppgift om namn, personnummer, folkbokföringsadress, inskrivningsorsak och beräknad utskrivningsdag avseende enskilda som omfattas av denna lag.

Samverkan mellan landsting och kommun

13 § Landsting och kommun ska fastställa gemensamma riktlinjer till vårdgivare och till de som bedriver socialtjänst avseende samverkan enligt denna lag.

Landsting och kommun ska även komma överens om vid vilken tidpunkt kommunens betalningsansvar enligt 14 § ska inträda, vilket belopp som ska gälla för vård av utskrivningsklara patienter och om hur tvister mellan landstinget och kommunen avseende belopp och övergången av betalningsansvaret ska lösas.

Kommunens betalningsansvar

14 § En kommun ska betala ersättning till ett landsting för en patient inom landstingets slutna hälso- och sjukvård som den behandlande läkaren har bedömt vara utskrivningsklar.

15 § En kommuns betalningsansvar ska omfatta patienter som är folkbokförda i kommunen.

Den kommun, som har beslutat om att en patient ska vistas i en annan kommun i någon boendeform som avses i socialtjänstlagen (2001:453) eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, har betalningsansvaret för den patienten oavsett var patienten är folkbokförd.

16 § Kommunens betalningsansvar enligt 14 § ska endast inträda om

1. den slutna vården har underrättat kommunen om att patienten har skrivits in enligt 4 §, och
2. den fasta vårdkontakten har kallat till samordnad individuell planering enligt 11 § när det gäller de patienter som efter utskrivningen har behov av insatser från hälso- och sjukvården.

När det gäller patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård ska kommunens betalningsansvar endast inträda ifall den slutna vården har underrättat kommunen om att patienten skrivits in enligt 4 § och ifall den samordnade vårdplanen enligt 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård har upprättats.

17 § Om det inte finns någon överenskommelse enligt 13 § andra stycket, ska kommunens betalningsansvar inträda tre dagar efter det att

1. den behandlande läkaren har underrättat berörda enheter i kommunen om att patienten är utskrivningsklar, eller
2. chefsöverläkaren underrättat berörda enheter om beslut om öppen vård enligt 7 a § tredje stycket (1991:1128) lagen om psykiatrisk tvångsvård.

Om en underrättelse enligt första stycket lämnas efter klockan 12.00, ska kommunens betalningsansvar inträda fyra dagar efter det att underrättelsen har lämnats.

18 § Om det inte finns någon överenskommelse enligt 13 § andra stycket, ska kommunen lämna ersättning för vård av utskrivningsklara patienter med det belopp som motsvarar genomsnittet i riket för en vårdplats i den slutna vården. Detta belopp ska räknas om årligen med hänsyn till utvecklingen av kostnader för vårdplatser i den slutna vården.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer fastställer årligen det belopp som avses i första stycket.

Bestämmelserna i den nya lagen träder i kraft den 1 juli 2016, då lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård upphör att gälla.

1.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs beträffande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att 3 f § och 26 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

När den enskilde har behov av insatser både från hälso-och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
3. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
4. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och
5. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen

Föreslagen lydelse

3 f §

När den enskilde har behov av insatser både från hälso-och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en *samordnad* individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

26 §

Av patienter får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska

behandlas lika.

Landstinget får dock för slutna vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. Avgiften för slutna vård får för varje vård dag uppgå till högst 0,0023 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

Avgiften tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när

1. vården ges, eller
2. han eller hon uteblir från ett avtalat besök.

Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.

Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.

Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får, tillsammans med avgifter för hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfte-del av 0,48 gånger prisbasbeloppet.

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § får, tillsammans med avgifter för hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfte-del av 0,48 gånger prisbasbeloppet.

Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs ska kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet enligt sjätte stycket

ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

Denna lag träder ikraft den 1 juli 2016.

1.3 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs beträffande socialtjänstlagen (2001:453) att 2 kap. 7 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

7 §

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan.

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en *samordnad* individuell plan.

Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Denna lag träder ikraft den 1 juli 2016.

1.4 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreslås beträffande patientlagen (2014:821) att 6 kap. 4 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 kap.

4 §

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

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

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2016.

2 Om uppdraget och dess genomförande

2.1 Uppdraget

Enligt direktiven (dir 2014:27) ska utredaren göra en översyn av betalningsansvarslagen i syfte att åstadkomma en god vård, där led-tiderna mellan sluten vård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och att onödig vistelse på sjukhus därmed så långt möjligt kan undvikas för utskrivningsklara patienter.

Översynen ska särskilt fokusera på förutsättningarna för att patienter i sluten vård som bedöms utskrivningsklara och som behöver fortsatta insatser från den kommunala vården så snabbt som möjligt kan ges fortsatt vård och omsorg i det egna hemmet eller inom särskilt boende. En viktig utgångspunkt för översynen och utredarens förslag är att precisera – och därmed förbättra – formerna för samverkan mellan huvudmännen.

Utredarens översyn bör omfatta både somatisk, geriatrisk och psykiatrisk vård. Utredaren bör analysera de processer som finns och bör finnas för att stödja en så snabb övergång av ansvaret för vård och omsorg av utskrivningsklara patienter som möjligt, bl.a. vad gäller rutiner för samverkan och krav på dokumentation, m.m. I uppdraget ligger även en översyn av tidsgränser innan kommunens betalningsansvar för dessa patienter inträder.

I uppdraget ligger även att överväga om åtgärder på kort sikt kan vidtas för att förbättra samarbetet mellan landsting och kommuner när det gäller vårdinsatser för de aktuella patienterna.

Erfarenheter från andra länder, särskilt Norge och Danmark, ska beaktas i arbetet. Vidare ingick i utredarens uppdrag att beakta de förslag till ändringar i betalningsansvarslagen för patienter inom den psykiatriska tvångsvården, som lämnats av Psykiatrilagsutred-

ningen i betänkandet Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17).

Direktivet återges i sin helhet, bilaga 1.

2.1.1 Samordning med utredningsuppdraget En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården

I direktiven anges att utredningen om översyn av betalningsansvarslagen särskilt ska beakta arbetet inom utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (dir. 2013:104). Regeringen utsåg Göran Stiernstedt till nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården den 10 oktober 2013. Göran Stiernstedt utsågs till särskild utredare avseende översynen av betalningsansvarslagen den 27 februari 2014. Översynen har därvid i det praktiska arbetet hanterats som ett tilläggsuppdrag till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. De båda uppdragen är nära sammanhängande och utredningsarbetet har i allt väsentligt hanterats som en helhet.

2.2 Utredningsarbetet

Utredningen har antagit namnet utredningen om betalningsansvarslagen (S 2014:05). Då uppdraget bedrivits inom ramen för utredningen om En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14) har dock denna beteckning använts i stor utsträckning eftersom utredningsuppdragen hängt samman.

Utredningen har på olika sätt inhämtat kunskap och fått del av erfarenheter om de frågor som behandlas i utredningens arbete. Vi har inhämtat underlag för vårt arbete genom studier av relevant lagstiftning, lagförarbeten, tidigare lagförslag, lokala och nationella uppföljningar, forskning och annan litteratur. En svårighet i arbetet har varit avsaknad av data på nationell nivå framförallt avseende personer som vårdas inom psykiatrisk vård.

Arbetet har bedrivits öppet och utåtriktat och stor vikt har lagts vid kunskapsinhämtning från de som är praktiskt verksamma i

arbete med utskrivningsklara patienter samt hur patienter upplever utskrivningsprocessen. Utredningen har i arbetet fört dialoger med berörda statliga myndigheter, företrädare för kommuner och landsting, läns- och regionförbund, Sveriges Kommuner och Landsting, fackliga organisationer, yrkesföreningar, privata utförare, patient/brukarföreträdare och privatpersoner.

Utredningen har genomfört ett studiebesök Norge samt flera i landsting och kommuner. Utredningen har även aktivt deltagit och hållit föredrag vid ett stort antal konferenser och seminarier såsom bland annat Almedalen och Socialchefsdagarna. Utredningen har vidare, i samarbete med Stiftelsen Svensk Industridesign (SVID) och Antrop, genomfört en workshop med patient/brukarrepresentanter samt representanter för olika berörda professioner inom vård och omsorg. Workshopen, som genomfördes med tjänstedesignmetodik, syftade till att med utgångspunkt i patienternas behov och deras upplevelse av vården bidra med idéer på hur processerna bör se ut vid utskrivning från sjukhus. Underlaget till workshopen var framtaget av Region Uppsala.

Den 2 juni 2014 tillsattes en expertgrupp. Till gruppen förordnades sakkunniga från Socialdepartementet och Finansdepartementet. Därutöver förordnades experter från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Socialstyrelsen och Sveriges pensionärs riksförbund (SPRF). Första sammanträdet genomfördes den 24 september 2014 och därefter har fem sammanträden hållits, varav ett sammanträde per capsulam.

Utredningens uppdrag har präglats av den relativt korta tid som utredningen haft till förfogande, ett år. Tidsgränsen har medfört att utredningen endast i begränsad omfattning kunnat genomföra egna systematiska kartläggningar. Kunskapsinhämtningen har därvid inriktats på att ta tillvara de underlag som funnits samt att samla kunskap och erfarenheter från praktiskt verksamma i kommuner och landsting samt från patienter och patientföreträdare.

Socialstyrelsen har i samarbete med utredningen genomfört en enkätundersökning till alla kommuner i syfte att få kunskap om vad kommunerna ser som problem i nuläget och vad som skulle behövas i form av ändrade förutsättningar för att kommunerna snabbare än i dag skulle kunna ta över ansvaret för patienterna i lagens målgrupp, se avsnitt 4.7, 5.1 samt 6.1.

Utredningen har vidare genom ett uppdrag till Ramböll management consulting genomfört en undersökning av vad som kännetecknar arbetet med utskrivningsklara patienter i de kommuner som redan i dag har mycket korta ledtider mellan slutenvård och vård och omsorg i öppna former, se avsnitt 9.2.

2.3 Betänkandets disposition

Betänkandet inleds med en sammanfattning av betänkandet. I avsnitt 1 finns författningsförslaget och därefter (avsnitt 2) återfinns en kort redogörelse för uppdraget och dess genomförande. I avsnitt 3 och 4 redogörs för lagens historik och hur volymer och kostnader förändrats över tid och fram till nu. Utredningens problemanalys över vad som påverkar ledtider/väntetider finns i avsnitt 5 och därefter följer i avsnitt 6 en redogörelse över åtgärder som totalt sett skulle behöva vidtas för att förbättra nuvarande situation men där vissa åtgärder ligger utanför denna utrednings uppdrag. I avsnitt 7 följer utredningens överväganden och förslag till ny lagstiftning på området och avsnitt 8 innehåller förslag på andra åtgärder än förändrad lagstiftning som utredningen anser kan vidtas för att korta väntetider för patienterna.

I arbetet med detta uppdrag har utredningen tagit del av många goda och inspirerande exempel på välfungerande verksamheter, några av dessa beskrivs i avsnitt 9. Utredningen gav Ramböll i uppdrag att studera framgångsfaktorer hos kommuner som redan i dag har mycket korta väntetider. Avsnitt 9 innehåller en sammanfattning av resultaten från detta uppdrag. Ekonomiska och andra konsekvenser av utredningens förslag återfinns i avsnitt 10. Ikraftträdande och författningskommentar finns i avsnitt 11 respektive 12. Betänkandet avslutas med en litteratur och källförteckning. Till betänkandet biläggs utredningens direktiv.

2.3.1 Något om termer och begrepp som används

I betänkandet anges i huvudsak begreppen öppen respektive sluten vård och socialtjänst. Med öppen vård avses hälso- och sjukvård som såväl är landstingsfinansierad som kommunfinansierad. I det fall utredningen adresserar endast den landstingsfinansierade öppna

vården respektive den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården har detta särskilt angetts. Utredningen har i vissa avsnitt använt begreppet vård och omsorg, detta för att det är ett vedertaget begrepp. Utredningen avser med detta begrepp alla typer av i sammanhanget relevanta insatser enligt såväl hälso- och sjukvårdslagen som socialtjänstlagen, eller annan relevant lagstiftning inom socialtjänstområdet, oberoende av huvudman.

3 Betalningsansvarslagen förr och nu – ett påtryckningsmedel för effektivare vårdkedjor över huvudmannagränser

Sammanfattat:

I detta avsnitt beskrivs:

- Lagens bakgrund och utveckling
- Innehållet i gällande regelverk.

3.1 Drömmen om den sömlösa vården – Ädelreformen

I regeringens proposition (prop. 1987/88:176) *Om äldreomsorgen inför 90-talet* anfördes bl.a. att samordningen mellan primärkommuner och landstingskommuner behövde utvecklas och att målet borde vara ett mer sammanhållet ansvar för samhällets insatser för äldre. I propositionen uppmärksammades problemen med att en betydande andel äldre vårdades på medicin-, kirurg- och ortopedkliniker utan att egentligen behöva klinikernas resurser. Riksdagens beslut med anledning av propositionen innebar bl.a. att tillsätta en delegation med uppgift att föreslå en annan utformning av ansvarsfördelningen mellan huvudmännen inom samhällets äldreomsorg. Äldredelegationen föreslog i sin rapport *Om ansvaret för äldreomsorgen* (Ds 1989:27) att kommunerna skulle ges ett sammanhållet ansvar för att främja en önskvärd resursmässig omställning av service och vård. Detta ekonomiska ansvar – betalningsansvaret –

föreslogs omfatta den somatiska långtidssjukvården, delar av den psykiatriska slutenvården samt delar av den somatiska korttidssjukvården. Enligt Landstingsförbundets enkät till sjukvårdshuvudmännen i mars 1989 framkom att andelen medicinskt färdigbehandlade av det totala antalet ineliggande patienter vid de internmedicinska klinikerna i genomsnitt motsvarade 20 procent, vid ortopedklinikerna 15 procent och vid kirurgklinikerna 10 procent.

Ädelreformen genomfördes 1992. Reformen innebar en ambition att göra upp med en historia av ständigt överbelagda medicinavdelningar och en långvård med en starkt passiviserande sjukhusprägel som ledde till snabb hospitalisering av de äldre.¹ Stora samverkans- och gränsdragningsproblem kring ansvars- och uppgiftsfördelning mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet drabbade patienter med sammansatta behov av vård och omsorg. Åtminstone sedan 1950-talet hade frågan återkommande varit föremål för statliga utredningar och huvudmännens respektive intresseorganisationer, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, träffade olika centrala överenskommelser för att åtgärda problemen. Ambitionen att åtgärda samverkansproblemen har fortsatt på andra sätt sedan Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet gick samman i ett och samma förbund, Sveriges Kommuner och Landsting.

Utgångspunkten för Ädelreformen var en helhetsyn på den äldre människan. Sociala och medicinska behov skulle tillgodoses på ett sammanhållet sätt. Institutionstänkandet övergavs och rätten till ett kvarboende förstärktes, antingen i det ordinära boendet eller i en särskild boendeform. Särskilda boendeformer för äldre blev ett nytt samlingsbegrepp för sjukhem, ålderdomshem, servicehus, gruppbofästelser m.m. Under 1990-talet genomfördes en omfattande modernisering och upprustning av boendestandarden i de särskilda boendeformerna och många nya äldrebofästelser byggdes.

Kommunerna övertog det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna och i dagverksamhet. En skiljelinje mellan huvudmännens ansvarsområden var dock att kommunernas ansvar och befogenheter inte omfattade läkarinsatser. Denna skiljelinje består än i dag. Ädelreformen innebar att ansvaret för hemsjukvården låg kvar hos landstingen men kommunerna fick befogenhet att erbjuda hemsjukvård och, efter överenskommelse

¹ Prop. 1990/91:14.

med landstinget och om regeringen medgav det, överta ansvaret för hemsjukvården. Genom Ädelreformen överfördes större delen av den slutna långtidssjukvården och en stor del av hemsjukvården till den kommunala äldreomsorgen. Året före Ädelreformens genomförande bodde 90 000 äldre på ålderdomshem, i servicehus eller i en gruppbofastad och ytterligare cirka 38 000 vårdades inom landstingens långvårdsverksamheter. Den verksamhet som överfördes från landstingen till kommunerna omfattade närmare 40 000 vårdplatser och cirka 55 000 anställda till en kostnad av drygt 20 miljarder kronor vilket motsvarar cirka 27 miljarder kronor 2014.

Ädelreformen år 1992 kom att bli en av de mest omfattande strukturförändringar som genomförts inom vård- och omsorgsområdet. Socialstyrelsen fick regeringens uppdrag att utvärdera reformen. I sin slutrapport redovisade Socialstyrelsen reformens positiva effekter men pekade samtidigt på en rad kvarstående problem.² Sammantaget ansåg Socialstyrelsen att Ädelreformen skapat bra förutsättningar för en fortsatt utveckling av vården och omsorgen för de äldre. Socialstyrelsen har därefter i årliga rapporter till regeringen successivt rapporterat om reformens förtjänster och brister, bl.a. vad gäller läkarmedverkan, hemsjukvård och rehabilitering. På grund av tidigt uppmärksammade problem vid utskrivning från akutsjukvården tog Socialstyrelsen fram föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:32) om informationsöverföring och samordnad vårdplanering.

3.1.1 Kommunalt betalningsansvar införs

Som en del av Ädelreformen infördes Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, betalningsansvarslagen, förkortad BAL. Lagen innebar att kommunerna fick betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård samt för medicinskt färdigbehandlade personer vid landstingens akutsjukvård och geriatrisk vård.

I prop. 1990/91:14 föreslog regeringen att kommunerna skulle ges ett obligatoriskt betalningsansvar för somatisk *långtidssjukvård*. Regeringen föreslog däremot inte, till skillnad från Äldredelega-

² Socialstyrelsen, Ädelreformen - Slutrapport 1996.

tionen, något betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade i den somatiska korttidssjukvården eller för den psykiatriska långtidssjukvården. Skälen till att regeringen valde att avstå från dessa förslag var att det ekonomiska styrmedel som betalningsansvaret utgjorde var relativt oprövat vid den tiden. Regeringen föreslog i stället att huvudmännen skulle ges möjlighet att teckna överenskommelser om sådant betalningsansvar. På så sätt skulle lokala hänsyn kunna tas till skillnader i organisation och vårdresurser. Regeringen föreslog vidare att de ekonomiska konsekvenserna av reformen skulle regleras genom en kombination av förändringar i huvudmännens skattesatser, skatteutjämningssystem samt statsbidragen till kommunerna och landstingen. Dessutom möjliggjorde reformen inrättande av mellankommunala omfördelningssystem. I propositionen anfördes också följande:

genom reformen möjliggörs och påskyndas omstruktureringen av äldre och handikappomsorgen. Detta bör på sikt leda till lägre kostnader, såväl för den kommunala sektorn som staten... Det blir dock ytterst en fråga för kommuner och landsting att ta tillvara de samordningsmöjligheter som öppnar sig genom reformen.

I utskottsbehandlingen av propositionen (bet.1990/91:SoU9) anförde utskottet att för att reformen ska bli kraftfull var det nödvändigt att ett obligatoriskt betalningsansvar införs för kommunerna även för de medicinskt färdigbehandlade inom den somatiska korttidssjukvården och inom geriatriken. Bristerna i och köerna till den somatiska akutsjukvården hade enligt socialutskottet i betydande utsträckning samband med att färdigbehandlade patienter inte kunde skrivas ut därför att kommunerna och landstingen saknade alternativa vård- och boendeformer. Landstingsförbundets inventeringar från åren 1989 och 1990 indikerade att de medicinskt färdigbehandlade utgjorde cirka 15 procent av alla ineliggande patienter. Bestämmelser om betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter adderades till den förslagna lagen om betalningsansvar för långtidssjukvård. Riksdagsbehandlingen medförde således väsentliga förändringar jämfört med förslagen i propositionen.

Tidpunkten för betalningsansvarets inträde för medicinskt färdigbehandlade

Utskottet anförde att det måste vara en läkare som avgör när en patient kan anses vara medicinskt färdigbehandlad. Utskottet diskuterade därefter två modeller vad gäller tidpunkten för betalningsansvarets inträde:³

Enligt utskottet är det önskvärt att kommuner och landsting gemensamt kommer överens om tidpunkten för när betalningsansvaret ska inträda. För det fall att huvudmännen inte träffat någon överenskomst kan två modeller urskiljas. Enligt en första modell bedömer först läkaren att patienten är medicinskt färdigbehandlad. Därefter anmäler landstinget till kommunen att patienten är medicinskt färdigbehandlad. Därpå följer en varselperiod på fem arbetsdagar eller i realiteten en vecka. Under denna tid står landstinget för kostnaden. Syftet med att införa ett betalningsansvar inom korttidssjukvården är dock att köerna där ska minska. Den andra modellen förutsätter att betalningsansvar inträder dagen efter det att landstinget anmält patienten som medicinskt färdigbehandlad. Fördelen med modellen är att kommunernas betalningsansvar i praktiken omfattar alla medicinskt färdigbehandlade. Man uppnår mer dynamik i systemet. Att helt slopa varselperioden kan dock rent praktiskt innebära svårigheter för kommunen. Denna måste enligt utskottet få någon tid på sig att planera för patientens vård och omsorg. Om patienten ska kunna få en god vård och omsorg är det också viktigt att få till stånd en god samverkan och en gemensam planering hos kommunen och landstinget. En modifiering av denna modell är att man avstår från egentlig varselperiod samtidigt som man kräver att kommunen och landstinget i förväg ska ha inlett en gemensam vårdplanering. Därmed åstadkoms dynamik i systemet samtidigt som kommunen får tid på sig att praktiskt ordna för patienten. Utskottet förordar denna sistnämnda uppläggning av betalningsansvaret. En gemensam vårdplanering förutsätter medverkan från patientens sida. Om patienten inte vill medverka eller om en gemensam vårdplanering av någon annan anledning inte kommer till stånd bör enligt utskottet betalningsansvaret inträda efter en varselperiod på fem arbetsdagar på samma sätt som för betalningsansvaret för långtidssjukvården.

Socialutskottet ansåg att tidsfristen innan betalningsansvarets inträde skulle fastställas till fem vardagar, dvs i praktiken sju kalenderdagar. Fastställandet av denna tidsfrist härrör från att utskottet utgått från

³ Socialutskottets betänkande (1990/91:SoU9) om ändrad ansvarsfördelning inom äldreomsorgen m.m.

den inventering som Landstingsförbundet hade genomfört år 1990 och som visade att en stor del, nära 40 procent, av de medicinskt färdigbehandlade hade varit utskrivningsklara i högst sju dagar. Av utskottsbehandlingen framgår också att betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade motiverades av att det skulle utgöra ett påtryckningsmedel för huvudmännen att samplanera sina insatser för att ge patienterna en sammanhållen vård och omsorg. Betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade omnämns inte i termer av att i egentlig mening utgöra ett ekonomiskt transaktionssystem. Det manifesteras även i regleringen av de ekonomiska beloppen där ersättning för den somatiska långtidssjukvården är differentierad på länsnivå medan ersättningen för medicinskt färdigbehandlade är ett riksgenomsnitt och som sådant alltså betydligt ”grövre” i fråga om träffsäkerhet.

Ersättningsnivåer

När det gäller ersättningsnivåerna anförde utskottet att beloppet borde motsvara den omvårdnad som patienten erhåller på kliniken. Beloppet skulle bestämmas utifrån en beräknad genomsnittskostnad i hela riket för de medicinskt färdigbehandlade patienterna. Utskottet ansåg också att kommuner och landsting i framtiden borde kunna träffa överenskommelser om ersättningsbeloppets storlek.

Uppföljning av betalningsansvaret

Eftersom erfarenheterna av betalningsansvar som ekonomiskt styrmedel var begränsade ansåg utskottet att en särskild delegation skulle tillsättas för att följa utvecklingen. Riksdagen beslutade i enlighet med utskottets förslag. Betalningsansvarskommittén tillsattes i mars 1992 och utkom med delrapporter i juni 1992, februari 1993 samt ett slutbetänkande *Ett år med betalningsansvar* (SOU 1993:49). Kommitténs uppdrag var att belysa: ekonomiska konsekvenser för huvudmännen, inverkan på kvalitet i omsorgsarbetet, förändringar av antalet medicinskt färdigbehandlade inom akut-sjukvård och geriatrisk vård, uppbyggnad av vård och boendelalter-

nativ inom kommunerna samt förändringarna inom långtidssjukvården

Kommittén konstaterade att det som huvudmännen hade svårast att hantera var begreppet medicinskt färdigbehandlad. Det var orsak till problem i tolkningen och gav upphov till tvister mellan huvudmännen. Kommittén anförde dock att en närmare precisering av begreppet medicinskt färdigbehandlad vare sig var möjlig eller lämplig att göra eftersom bedömningen måste utgå från sjukvårdens och socialtjänstens resurser för utredning, behandling, rehabilitering och omvårdnad samt från läkarens bedömning av varje patients vårdbehov. Tillgången till resurser och medicinsk utveckling ansågs medföra att bedömningen förändras över tid, vilket kan påverka ansvars- och kostnadsfördelningen mellan huvudmännen.

Kommittén bedömde att det ekonomiska incitament som betalningsansvaret utgjorde hade fått avsedd effekt vad gäller de medicinskt färdigbehandlade och rekommenderade att det skulle behållas. Den totala minskningen av antalet färdigbehandlade patienter inom den somatiska akutsjukvården var drygt 50 procent mellan de inventeringar som landstingsförbundet gjorde i mars 1990 och mars 1993. Inom den geriatriska vården minskade antalet färdigbehandlade patienter med drygt 60 procent mellan november 1991 och mars 1993.

Vad gäller vårdplanering i samband med utskrivning bedömde kommittén att det i huvudsak fungerade väl. Däremot uppmärksammades problem med informationsöverföring under den pågående planeringen. Kommittén bedömde att dessa problem skulle minska i takt med att huvudmännens erfarenheter av gemensam vårdplanering blev större. Kommittén underströk att den grundläggande tanken med bestämmelser om vårdplaneringstiden är att planeringen ska inledas redan i samband med inskrivningen i slutenvården så att ingen planeringstid går förlorad. En tillämpning som innebär att vårdplaneringen rutinmässigt inleds först efter det att patienten bedömts medicinskt färdigbehandlad stred enligt kommitténs mening mot andan i lagen. Kommittén avstod från att föreslå några lagändringar då man ansåg att lagens förarbeten redan var tydliga avseende detta.

Ekonomiska konsekvenser svåra att utläsa

Betalningsansvarskommittén ansåg att konsekvenserna av betalningsansvaret var svåra och delvis omöjliga att skilja från konsekvenser av andra förhållanden t.ex. allmänt krympande ekonomiska ramar för landstingens och kommunernas verksamhet. Många kommuner hade inte heller kunnat uppge vilka belopp som överförts i samband med den ekonomiska regleringen av de väntade kostnaderna för betalningsansvaret eller vilka belopp som betalningsansvaret uppgått till under 1992.

Kommunernas övertagande av ansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter innebar en utvidgning av kommunernas ansvar. Genom skatteväxling överfördes från landstingen till kommunerna cirka 1,3 miljarder kronor i 1991 års prisläge för att kompensera för att kommunerna fick ansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter, det motsvarar i 2014 års penningvärde cirka 1,8 miljarder kronor. Minskningen av antalet vårdplatser till följd av betalningsansvaret under år 1992 var enligt landstingens egna bedömningar drygt 1300. Den sammanlagda minskningen av vårdplatser under betalningsansvarets första två år uppskattas till cirka 2000 platser. Detta ska jämföras med Landstingsförbundets inventeringar som visade att det totala antalet vårdplatser inom akutsjukvården var 24 888 i mars 1993, antalet hade då minskat med 1900 platser från mars 1992. Motsvarande andel för den geriatriska vården 6088 och en minskning med 502 platser. Mättidpunkterna mellan kommitténs undersökningar och Landstingsförbundets inventeringar var olika, därmed är det svårt att dra säkra slutsatser av de olika uppgifterna. Kommittén gjorde en grov bedömning som gav vid handen att antalet platser inom akutsjukvården minskat med cirka 7 procent mellan mars 1992 och mars 1993. Av denna minskning kan knappt hälften, enligt landstingens bedömningar, tillskrivas betalningsansvaret. Motsvarande minskning i den geriatriska vården var cirka 8 procent, men i detta fall bedömde landstingen att betalningsansvaret varit orsaken till minskningen.

Landstingens intäkter år 1992 för medicinskt färdigbehandlade var 575 mkr dvs cirka 40 procent av det växlade beloppet (om 1,3 miljarder kronor i 1991 års priser). I 2014 års penningvärde motsvarar denna intäkt cirka 776 mkr.

Som ett komplement till de skatteväxlingar som gjordes i samband med Ädelreformen infördes särskilda statliga stimulansmedel för att utveckla kommunernas insatsutbud. Ansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter utgjorde en liten del av hela det nya ansvarsområde som kommunerna fick i samband med Ädelreformen. Den ekonomiska uppföljningen avgränsad till enbart ansvaret för medicinskt färdigbehandlade är omöjlig att göra med exakthet då denna del hänger samman med annan utveckling av de kommunala kostnaderna för insatser till målgruppen. Kommittén anförde att det var svårt att dra några säkra slutsatser om just betalningsansvarets effekter på huvudmännens ekonomi och på utbyggnaden av alternativa vårdresurser.

Vidare fanns stora brister i de ekonomiska underlag från kommunerna som kommittén hade till förfogande för sina analyser. En uppskattning av de ekonomiska effekterna med dessa reservationer ger vid handen att kommunernas kostnader för utbyggnad av alternativa resurser 1992 (särskilda boendeformer och personalförstärkningar) uppskattas till 565 mkr. Kommittén framhåller dock att samtliga nya särskilda boendeformer sannolikt inte tagits i anspråk för just personer som annars skulle ha legat på sjukhus. Någon närmare beräkning av de medicinskt färdigbehandlades antal var inte möjlig att göra. Kommunernas kostnader för avgift med hänvisning till betalningsansvaret uppgick, som framgår ovan, samma år till 575 mkr. Det sammanlagda beloppet för dessa båda poster blir för år 1992, 1140 miljoner kronor. Detta ska alltså ställas i relation till det belopp om 1,3 miljarder (1991 års priser) kronor som kommunerna fått från landstingen via skatteväxling. Under samma år erhöll kommunerna ett särskilt statsbidrag om 700 mkr.

Äldreomsorgens utveckling

Mot slutet av 1980-talet inleddes en omprövning och omstrukturering av äldreomsorgen. Färre och allt äldre vårdtagare fick del av alltmer omfattande insatser. Utbyggnaden av kvälls- och nattpatruller inleddes mot slutet av 1980-talet och vid Ädelreformens genomförande hade en fjärdedel av vårdtagarna insatser även efter kontorstid.

Antalet och andelen äldre som bor i en särskild boendeform har minskat sedan Ädelreformen, en förändring som handlar om omprovning, omstrukturering och modernisering av äldreomsorgen. Det finns flera förklaringar till detta. Ädelreformen innebar att flerbäddsrumsrummen och vad som ansågs som icke fullvärdiga bostäder avvecklades. I början på 2000-talet delade fortfarande cirka 15 000 äldre rum/bostad med annan än make/maka eller med fler personer. En stor andel av minskningen kan hänföras till omvandlingen av servicebostäder till ordinärt boende vilket innebär att de inte längre redovisas i den officiella statistiken.

I dag bor nästan 89 000 personer över 65 år permanent i särskilda boendeformer. Ungefär 219 700 personer som fyllt 65 år och som bodde i ordinärt boende hade hemtjänst. Hemtjänst inkluderar här samtliga personer som har biståndsbeslut om trygghetslarm och/eller matdistribution. Drygt 21 300 personer under 65 år är beviljade hemtjänst och över 3 900 personer i åldern 0–64 bodde permanent i särskilda boendeformer den 1 oktober 2013.⁴

Medelvårdtiden i det särskilda boendet har minskat dramatiskt från åren före Ädelreformen då vårdtiden kunde uppgå till år eller decennier till dagens situation där i genomsnitt cirka en tredjedel av de boende avlider under ett år.

I förutsättningarna för att genomföra modernisering som inleddes i och med Ädelreformen ingår en kombination av förbättrad hälsa och funktionsförmåga hos den äldre befolkningen, arbetsmiljöförbättringar, tekniska hjälpmedel och IT-utbyggnad, bostadsanpassning, färdtjänst, trygghetslarm, matdistribution, stöd till anhöriga, skadeförebyggande arbete liksom den medicinska utvecklingen och andra möjligheter till läkemedelsbehandling.

3.1.2 Handikappreformen

Handikappreformen 1994 innebar att uppgiftsfördelningen mellan kommuner och landsting för insatser till personer med funktionsnedsättning ändrades och resurser fördes över till kommunerna från landstingen genom skatteväxling.⁵ Genom lagen (1993:387)

⁴ Socialstyrelsen, Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2013. Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen, s 5-7.

⁵ Prop. 1992/93:159.

om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, och lagen (1993:389) om assistansersättning förkortad LASS, fick personer med funktionshinder rätt till boende och stöd för den dagliga livsföringen. Kommunerna fick ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser för personer som bor i bostäder med särskild service samt för dagverksamhet. Kommunens ansvar omfattar inte läkarinsatser.

Personer med funktionsnedsättningar som behöver insatser från kommunens hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst, oavsett om stödet ges genom socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL eller LSS, och som dessutom kan behöva insatser från den landstingsfinansierade öppna vården omfattades av betalningsansvarslagen redan vid införandet. Betalningsansvarslagen innehöll inte några åldersgränser eller andra undantag som exkluderade personer med funktionsnedsättningar.

3.1.3 Psykiatrireformen

Psykiatrireformen 1995 innebar att kommunerna gavs huvudansvaret för insatser för boende och stöd i den dagliga livsföringen.⁶ Reformens målgrupp utgjordes främst av personer som har långvariga och allvarliga psykiska besvär och som har svårt att klara det dagliga livet och därför har behov av stöd. Genom reformen överfördes i genomsnitt cirka 15 procent av psykiatrins resurser till kommunerna genom skatteväxling. Kommunernas ansvar för målgruppen tydliggjordes bl.a. genom ändringar i socialtjänstlagen. Betalningsansvarslagen kompletterades med bestämmelser som tog sikte på denna målgrupp. För att underlätta genomförandet av lagändringarna och förbättra förutsättningarna för samverkan mellan kommuner och landsting tillfördes statliga stimulansbidrag för utveckling av arbetsformer och samverkan mellan socialtjänst och landstingens psykiatriska vård.

Vad gäller kommunernas ansvar för medicinskt färdigbehandlade hade Äldrelegationen föreslagit att betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade skulle införas för patienter som vårdats inom slutna psykiatriska vård. Regeringen valde dock i sam-

⁶ Prop. 1993/94:218.

band med beslut om prop. 1990/91:14 *Ansvar för service och vård till äldre och handikappade m.m.* (dvs. den proposition som låg till grund för Ädelreformen) att inte ta med detta förslag. Regeringen menade att den då pågående statliga Psykiatriutredningen hade i uppdrag att utreda ansvarsförhållandena mellan huvudmännen för denna målgrupp och att frågan bereddes inom ramen för denna utrednings helhetsperspektiv. Däremot föreslog regeringen i prop. 1990/91:14 att huvudmännen kunde få teckna frivilliga överenskommelser om detta vilket också riksdagen beslutade. Senare uppföljning visade att denna möjlighet inte nyttjades.⁷

I samband med Psykiatrireformen utvidgades kommunernas betalningsansvar till att även omfatta ”långvarigt psykiskt störda personer som av specialistkompetent psykiatriker bedömts vara medicinskt färdigbehandlade inom sådan slutna psykiatrisk vård som bedrivs vid psykiatrisk klinik eller annan enhet där aktiv psykiatrisk vård ges.” Kommunerna gavs därmed en skyldighet att betala ersättning för de patienter som trots att de inte längre behövde sådan vård fanns kvar inom den psykiatriska vård som lämnades eller finansierades av landstingen. Lagens målgrupp omfattade patienter som hade vårdats sammanhängande i mer än tre månader i slutna psykiatrisk vård. Avgränsningen av målgruppen innebar att endast de patienter med mer långvariga funktionsnedsättningar omfattades av lagen. Denna målgrupp ansågs ha en särskilt svår boendesituation och det antogs att kommunerna skulle få svårt att i praktiken klara av uppgiften.⁸ Psykiatriutredningen hade i betänkandet *Välfärd och valfrihet (SOU 1992:73)* konstaterat att det fanns betydande skillnader i boendeförhållanden mellan människor med psykiska besvär och de som är besvärsfria. Utredningen hade konstaterat att hälften av alla personer som år 1991 vårdades inom slutna psykiatrisk vård (ca 7 000) helt saknade bostad. Trots svårigheter att tillgodose målgruppens behov av insatser, framförallt boendeförändringar, ansåg regeringen att de positiva erfarenheterna av systemet med kommunalt betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade skulle tas tillvara då det ansågs skapa ekonomiska drivkrafter för en utveckling åt rätt håll. Syftet med betalningsansvaret var att stimulera utveckling av samverkan mellan huvud-

⁷ SOU 1993:49.

⁸ Prop. 1993/94:218 s. 45-46.

männen och att kommunerna skulle utveckla sitt insatsutbud framförallt anpassade boendeformer utanför den psykiatriska vårdorganisationen.

Betalningsansvarslagen kompletteras med andra bestämmelser om ekonomisk reglering avseende personer med psykiska funktionsnedsättningar

I regeringens proposition (prop.1995/96:72) *Om ekonomisk reglering mellan landsting och kommuner med anledning av ökat kommunalt ansvar för psykiskt störda* gav regeringen ett antal förslag för att lösa finansieringsfrågan avseende att kommunernas åtaganden inom psykiatrin utvidgats i samband med psykiatrireformen. Skatteväxling kompletterad med mellankommunal utjämning av kostnaderna var, enligt regeringens mening, den mest ändamålsenliga metoden att finansiera kommunernas utökade åtagande för denna målgrupp. Skatteväxlingen innebär att skattekraften läggs ut med en enhetlig procentsats över alla kommuner inom landstingsområdet vilket leder till att somliga kommuner blir överkompenserade medan andra blir underkompenserade i förhållande till de utökade åtagandena i samband med psykiatrireformen. Men då skatteväxling inte fullt ut kompenserar kostnadsskillnader mellan kommunerna föreslog regeringen att kommunerna inom ett landstingsområde får lämna ekonomiska bidrag till varandra om det behövs för att jämna ut kostnaderna dem emellan. Betalningsansvarslagen kompletterades den 1 januari 1996 med dessa bestämmelser.

3.2 Moderniseringen 2003 – gamla problem löses och nya uppstår.

3.2.1 Samverkansproblemen består

1999 beslutade regeringen att tillsätta samverkansutredningen (dir. 1999:42). Utredaren fick i uppdrag att beskriva och analysera samverkansproblem samt lämna förslag på åtgärder som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg. Utredningens förslag skulle utgå från

dagens system och inte innebära några förändringar av huvudmannaskapet. Med samverkansutredningens betänkande, *Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet m.m.* (SOU 2000:114), som grund konstaterade regeringen att det, trots lokala samarbetsöverenskommelser och i många fall en fungerande samverkan mellan kommuner och landsting, totalt sett fanns ett behov av att stärka samverkan mellan huvudmännen.

I prop. 2002/03:20 *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet*, lämnade regeringen två förslag till riksdagen. Dels föreslog regeringen att möjligheterna att samverka i gemensamma nämnder inom vård- och omsorgsområdet utökas, dels en revidering av betalningsansvarslagen..

3.2.2 Förändringar i betalningsansvarslagen 2003 – skärpning av kraven på vårdplanering

De förändringar i betalningsansvarslagen som regeringen föreslog i prop. 2002/03:20 infördes den 1 juli 2003. Begreppet medicinskt färdigbehandlad ändrades till utskrivningsklar då man menade att begreppet medicinskt färdigbehandlad inte alls speglade verkligheten avseende dessa patienters behov. De patienter som omfattades av lagen var i behov av insatser från båda huvudmännen och inte alls ”medicinskt färdiga”, däremot var de medicinska behoven inte längre sådana att de motiverade slutenvård. Begreppet utskrivningsklara ansågs bättre motsvara vad det egentligen handlade om; patienten behövde inte längre slutenvård och behoven kan tillgodoses i öppen vård.

Genom lagändringarna 2003 knöts kommunens betalningsansvar för utskrivningsklara patienter till att en gemensam vårdplan upprättats. Bestämmelser om inskrivnings- och utskrivningsmeddelande infördes och det angavs att den behandlande läkaren i slutenvården kallar till en vårdplanering och att planeringen ska påbörjas senast dagen efter att kallelsen mottagits. Betalningsansvaret skulle inträda, om inte landsting och kommun kommer överens om en annan tidpunkt, dagen efter det att en patient är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad, men tidigast fem vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen, för patienter i psykiatrisk slutenvård är motsvarande bestämmelse 30 vardagar. Vidare

infördes en bestämmelse om att om kommun inte medverkar vid upprättandet av en vårdplan kan betalningsansvar ändå inträda, liksom om de insatser som landstinget ansvarar för inte kan utföras så inträder inte något betalningsansvar för kommunen. Socialstyrelsen reviderade sina föreskrifter år 2005 med anledning av dessa lagändringar.

Lagändringarna tillkom på initiativ av Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet

Lagändringarna avseende vårdplanering tillkom på initiativ av Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet som i en gemensam utredningsrapport, *Samarbetet kring medicinskt färdigbehandlade/ utskrivningsklara patienter*, 2001, presenterat ett antal förslag till ändringar av betalningsansvarslagen. Bakgrunden till rapporten var att Socialdepartementet senvintern 2000 föreslagit att ge samverkansutredningen tilläggsdirektiv att göra en översyn av betalningsansvarslagen. Kommun- och landstingsförbunden föreslog gemensamt att frågan inte skulle behandlas av en statlig utredning och att tilläggsdirektiv inte skulle utfärdas. Förbundens ståndpunkt var att huvudmännen tillsammans hade bättre förutsättningar att utreda och föreslå åtgärder avseende samverkan mellan huvudmännen kring medicinskt färdigbehandlade patienter. I förordet till utredningsrapporten angav de båda förbunden ”Det går inte att lagstifta om sunt förnuft. De ändringar som föreslås i betalningsansvarslagen kommer således inte i sig att leda till ett gott samarbetsklimat mellan berörda vårdgivare”. Huvudmännen hade till förbunden framfört önskemål om mer detaljerade skrivelser i lagen. Förbunden anförde dock att ”lagstiftning eller nationella målsättningar kan emellertid aldrig annat än stödja det lokala utvecklingsarbetet”. Förbunden hade under lång tid följt och analyserat utvecklingen av huvudmännens samarbete avseende medicinskt färdigbehandlade patienter och ville koppla ekonomiska incitament till att upprätta vårdplaner för patienten och genom detta skapa en möjlighet för kommunerna och den öppna vården att i dialog med slutenvården kunna ta ställning till sina förutsättningar att överta ansvaret för personens fortsatta vård. Kommunerna anförde det problematiskt att behandlande läkare i slutenvård ensidigt kunde utlösa det kommunala betalningsansvaret. För

somatisk vård föreslogs betalningsansvaret inträda tidigast fem vardagar efter det att *kallelse* till vårdplanering skett. För psykiatrisk vård tidigast 30 vardagar efter det att *kallelse* till vårdplanerings skett. Tidsgränserna fem respektive 30 vardagar uppgavs vara satta för att garantera kommunerna och öppenvården en rimlig planeringstid. Det angavs i rapporten att då vårdtiden i slutenvården var mycket kort och vårdplaneringsprocessen går snabbt och smidigt så ska vårdgivarna ändå få tillräckligt med tid att förbereda de insatser som behövs. Tiderna svarade mot de nationella genomsnittliga vårdtiderna i somatisk respektive psykiatrisk slutenvård. I rapporten uppgavs att den genomsnittliga vårdtiden hade sjunkit mellan åren 1990 och 1998 i medicinsk akutsjukvård från 7,5 till 5,4 dagar och i kirurgisk vård från 5,9 till 4,6 dagar. I den psykiatriska vården hade antalet dagar sjunkit från 56,3 till 27,6 dagar. I utredningsrapporten föreslogs också begreppet ”medicinskt färdigbehandlad” ersättas med ”utskrivningsklar”.

I Prop. 2002/03:20 hade regeringen också beaktat underlag från Barnpsykiatrikommittén som i sitt slutbetänkande *Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem* (SOU 1998:31) framfört kritik mot betalningsansvarslagen. I betänkandet anförts att lagen borde ses över så att full klarhet om vem som ska betala när ett barn inte längre behöver sluten psykiatrisk vård men inte kan vistas i det egna hemmet kan uppnås. Regeringen hade även i denna proposition beaktat underlag från Kommittén om vård i livets slut som i sitt slutbetänkande *Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut* (SOU 2001:6) föreslog att kommunernas betalningsansvar inte skulle omfatta patienter i livets slutskede. Kommittén ansåg också att begreppet ”medicinskt färdigbehandlad” var stötande när det gällde döende patienter.

Ett steg mot harmoniserade regler för patienter som vårdats inom psykiatrisk slutenvård

Socialstyrelsen föreslog i sin uppföljning av psykiatireformen bl.a. att regeringen borde överväga att förändra betalningsansvarslagen när det gällde patienter som vårdats i sluten psykiatrisk vård, så att den s.k. tremånadersregeln avskaffades och ersattes med fem-

dagarsregeln.⁹ Det framhölls att andra patienter än de patienter som gavs psykiatrisk tvångsvård sällan omfattades av det kommunala betalningsansvaret eftersom vårdtiderna inom den slutna psykiatriska vården ofta understeg tre månader.

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet instämde i ovan nämnda utredningsrapport i Socialstyrelsens bedömning att den s.k. tremånadersregeln för den psykiatriska vården skulle tas bort och att i huvudsak samma bestämmelser skulle gälla för somatisk och psykiatrisk vård.¹⁰ Den s.k. tremånadersregeln hade inneburit att allt färre personer omfattades av betalningsansvaret eftersom vårdtiderna i psykiatrisk slutenvård hade sjunkit sedan psykiatrireformen och normalt understeg tre månader. Förbunden ansåg dock att tidpunkten då betalningsansvaret skulle inträda behövde vara längre för psykiatrisk vård då man menade att planeringsarbetet ofta var mer komplicerat för patienter inom psykiatrin.

Regeringen anförde i prop. 2002/03:20 att när det gällde den psykiatriska vården hade förhållandena både när det gällde vårdtider och utbyggnaden av kommunala stödformer förändrats mycket sedan det kommunala betalningsansvaret infördes. Regeringen delade Svenska Kommunförbundets och Landstingsförbundet synpunkt att dessa särbestämmelser för psykiatrisk vård inte längre var motiverade. Det skulle inte krävas att patienten hade vårdats viss tid inom den slutna psykiatriska vården för att kommunen skulle bli betalningsansvarig för fortsatt vård. Regeringen redogjorde också för sin uppfattning att reglerna när det gäller kommunalt betalningsansvar för patienter inom den psykiatriska vården så långt som möjligt skulle motsvara vad som gällde för somatisk vård. Inriktningen var att den offentligt finansierade vården och omsorgen skulle utformas med stöd av entydiga och enhetliga regler. Regeringen anförde dock att det kunde vara svårare att genomföra en planering för psykiatrins patienter än för patienter i somatisk vård, därav föreslog regeringen att tidsfristen ”än så länge” skulle vara olika tidsfristen inom den somatiska vården, och föreslog 30 vardagars tidsfrist för patienter i slutna psykiatrisk vård.

⁹ Socialstyrelsen: Valfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform (1999:1)

¹⁰ Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet: Samarbetet kring medicinskt färdigbehandlade/ utskrivningsklara patienter, 2001

Från flera håll, bland annat från brukarföreträdare, har det dock anförts att i takt med att kommunerna byggt upp sitt insatsutbud och sin erfarenhet av att tillgodose behoven hos personer med psykiska funktionsnedsättningar så kan krav på kortare planeringstid ställas.

Psykiatrilagsutredningen föreslog 15 frist dagar

Psykiatrilagsutredningen anförde i betänkandet *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd* (SOU 2012:17) bl.a. att tidsfristen innan betalningsansvaret övergår till kommunen avseende en utskrivningsklar patient som vårdas inom den slutna psykiatriska tvångsvården skulle minska från trettio till femton vardagar. Utredningen redovisar utvecklingen av de kommunala insatserna till målgruppen och konstaterar att kommunerna har fortsatt att bygga ut sina insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning sedan lagändringen år 2003. Särskilda statliga stimulansmedel har utgått till kommunerna under åren 2007–2010. Enligt Socialstyrelsen har antalet personer med psykisk funktionsnedsättning som får någon form av boendeinsats ökat från cirka 24 000 år 2008 till cirka 29 000 år 2010. Psykiatrilagsutredningen bedömde att kommunernas beredskap för och möjlighet att kunna tillhandahålla patienter som skrivits ut från den psykiatriska slutenvården ett gott och anpassat boendestöd, är avsevärt bättre än tidigare. Psykiatrilagsutredningen menade därmed att regeringens argument för tidsfristens längd om minst trettio vardagar innan betalningsansvarets övergång, inte längre har samma relevans. Psykiatrilagsutredningen resonerade även kring strävan att inte särreglera stödet för denna målgrupp mer än nödvändigt. Psykiatrilagsutredningen hänvisade till rapporten *Bättre vård – mindre tvång*, SKL, 2010, som redovisar resultat av en kartläggning som SKL gjorde av den psykiatriska heldygnsvården 2008 och 2009 och som också berör tidsfristens längd.

Psykiatrilagsutredningen valde dock att i sina förslag inte normalisera tidsfristerna för denna målgrupp utan föreslog i stället en sänkning från trettio dagar till femton. Man menade att det kan finnas personer i denna målgrupp där det är svårt att finna rätt insats och därmed kan det ta längre tid. Psykiatrilagsutredningen

anförde dock att lagstiftaren inom en inte alltför lång tid ta ytterligare steg och helt ta bort skillnad vad gäller tidsfristen mellan psykiatrisk och somatisk slutenvård. Det framgår inte av betänkandet vilket underlag och vilka överväganden som avgjort att utredningen föreslog tidsfristen om femton dagar. Ett antagande är att de femton dagarna motsvarar den genomsnittliga vårdtiden inom slutenvård psykiatrisk vård.

3.2.3 Socialstyrelsens tillämpningsföreskrifter

Efter lagändringarna 2003 framkom att det fanns fortsatta problem med samverkan och vårdplanering. Riksdagens socialutskott anordnade den 20 oktober 2005 en intern utfrågning på temat vårdplanering. De inbjudna var företrädare för Dalarnas forskningsråd, SKL samt Socialstyrelsen. Utfrågningen kom i samband med att Socialutskottet skulle ta ställning till ett antal motioner som berörde frågor om behov av ytterligare lagstiftningsåtgärder på området för att avhjälpa de uppmärksammade samverkansproblemen. Med hänvisning till att Socialstyrelsen vid denna tidpunkt redan arbetade med att revidera föreskrifterna avslogs motionerna.¹¹

Resultatet av revideringen blev att Socialstyrelsens föreskrifter, som beslutades den 9 december 2005, kom att innehålla enbart föreskrifter och inga allmänna råd, Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27). Ändringarna avsåg att öka tydligheten i vilka krav som skulle ställas på huvudmännen i samband med in- och utskrivning av patienter. Det huvudsakliga syftet med föreskrifterna är att bevaka patientsäkerheten och säkra att patienten och/eller närstående får möjlighet att vara delaktiga i planeringen. Frågor som rör tillämpning av själva betalningsansvaret berörs inte i egentlig mening.

Föreskrifterna innehåller detaljerade krav på att huvudmännen ska upprätta rutiner för samverkan, rutiner för vårdplanering, upprättande av vårdplan och vad planen ska innehålla. Vidare finns föreskrifter om utskrivningsmeddelandets innehåll samt överföring

¹¹ Socialutskottets betänkande 2005/06:SoU9.

av information vid in- och utskrivning. Föreskrifterna innehåller även krav på att patienterna ska få skriftlig information.

3.3 Betalningsansvarslagen i dag – innehåll i bestämmelserna

3.3.1 Inskrivningsmeddelande

När en patient skrivs in i landstingets slutna hälso- och sjukvård, eller så snart som möjligt därefter, ska en bedömning av patientens möjliga framtida behov göras. Bedömningen gäller om en patient efter att ha skrivits ut kan komma att behöva kommunens socialtjänst, hälso- och sjukvård, landstingets primärvård, öppen psykiatrisk vård eller någon annan öppen vård. Om detta bedöms troligt ska den behandlande läkaren vid enheten där patienten vistas genom ett inskrivningsmeddelande underrätta de berörda enheterna i den öppna vården eller omsorgen. Sjukhusets lokala rutiner behöver beskriva hur detta praktiskt ska gå till och om uppgiften kan utföras av någon annan än läkaren som har det formella ansvaret. Det ska även framgå vilka som är ansvariga för att ta emot inskrivningsmeddelanden. Syftet med inskrivningsmeddelandet är att tidigt signalera till de berörda enheterna att det kan bli aktuellt med en gemensam planering. Inskrivningsmeddelanden får inte skickas slentrianmässigt för t.ex. personer över en viss ålder eller efter andra kriterier, utan bara för patienter som troligtvis kommer att behöva nya eller fortsatta insatser när de skrivs ut från slutenvården. Det inskrivningsmeddelande som nämns i betalningsansvarslagen får inte innehålla uppgifter om patientens hälsotillstånd, utan enbart patientens namn, personnummer och adress. Denna information är undantagen sekretessen.

För de flesta är folkbokföringsadressen och adressen där man faktiskt bor (vistelseadress) den samma. Personer som bor i en av de särskilda boendeformer som avses i 5 kap. 5 § SoL kan dock vara folkbokförda på en annan adress än den där de faktiskt bor, enligt 15 § folkbokföringslagen (1991:481). Det kan innebära att patienten är folkbokförd i en annan del av kommunen (kommundel eller stadsdel) än den del där det särskilda boendet finns. I undantagsfall kan en person vara folkbokförd i en annan kommun än den där han eller hon bor i ett särskilt boende.

3.3.2 Överföring av information vid inskrivning

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan ska kommunerna och landstingen tillsammans ta fram rutiner för överföring av information, även i samband med att patienter skrivs in i slutenvården. För att patienten ska få en säker och effektiv vård med kontinuitet i omhändertagandet kan den öppna hälso- och sjukvården och socialtjänsten snabbt behöva informera slutenvården om t.ex. aktuella vård- och omsorgsinsatser och vilka som ansvarar för insatserna. Det kan även vara nödvändigt med information om en pågående läkemedelsbehandling. Socialstyrelsen har inte närmare reglerat vilken information som kan behöva föras över i samband med inskrivningar. Det finns många olika faktorer som påverkar sådana rutiner, t.ex. patientens hälsotillstånd, om patienten bor i särskilt eller ordinärt boende, har hemsjukvård eller hemtjänst, får någon avancerad hemsjukvård eller vistas på ett korttidsboende. Verksamheternas organisationer kan också kräva olika typer av rutiner beroende på t.ex. bemannings- och jourorganisationer, närsjukvårdskoncept och olika kontaktvägar till slutenvården. Därför är det huvudmännens ansvar att utforma rutiner som är anpassade till de lokala förutsättningarna. Rutinerna måste säkerställa att denna typ av information endast förs över om det inte finns något juridiskt hinder för detta.

3.3.3 Vårdplan och vårdplanering

Den gemensamma vårdplaneringen ska bygga på delaktighet och samtycke från patienten. Planeringen ska klargöra det *samlade* behovet av insatser samt vilken enhet som är ansvarig för vilken insats efter utskrivningen. Patientens behov av vård och omsorg efter utskrivningen ska klarläggas av de berörda företrädarna för landstingets primärvård, öppenvård och slutna vård samt kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst, i samråd med patienten eller hans eller hennes ställföreträdare, och om det behövs även patientens närstående. Syftet med vårdplaneringen är att patienten ska få en sammanhållen vård- och omsorgskedja i samband med utskrivning från slutenvården. En stor del av den vård och omsorg som ges i ordinärt boende utförs av närstående. Det kan därför vara

viktigt att vårdplaneringen även innehåller deras förutsättningar och behov av stöd. Vårdplaneringen utmynnar sedan i en vårdplan.

Huvudprincipen är att hälso- och sjukvård är frivillig och att patienten själv avgör om han eller hon vill acceptera de erbjudanden om olika insatser som ges. För att få insatser enligt socialtjänstlagen eller LSS krävs att den enskilde eller en ställföreträdare ansöker om insatser hos kommunen. Detta innebär att en patient kan förhindra eller undanbe sig en vårdplanering och en vårdplan. Då kan patienten skrivas ut när läkaren bedömer att patienten inte längre behöver den slutna vårdens resurser. Detta ska dokumenteras i patientjournalen.

3.3.4 Upprättande och justerande av vårdplan

En vårdplan ska upprättas för en patient som, efter att ha skrivits ut från en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård av den behandlande läkaren bedöms behöva kommunens socialtjänst, hälso- och sjukvård, landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård. En vårdplan är upprättad när den har justerats av företrädare för de ansvariga enheterna. Det ska framgå av rutinerna vilka företrädare för olika enheter som utsetts till att justera vårdplanen och hur den ska justeras. Betalningsansvarslagen ställer inga särskilda krav på hur justeringen ska gå till utan detta får regleras i lokala rutiner.

3.3.5 Kallelse till vårdplanering

Om en vårdplan ska upprättas ska den behandlande läkaren i slutenvården enligt betalningsansvarslagen kalla de berörda till en vårdplanering. Även om ansvaret ligger på den behandlande läkaren kan det vara andra i vårdteamet som får i uppdrag att rent praktiskt kalla till vårdplaneringen. Det ska framgå av rutinerna hur detta ska gå till. Rutinerna ska även ange vilka företrädare för olika enheter som ska kallas till vårdplaneringen. Vårdplaneringen ska påbörjas senast dagen efter att kallelsen mottagits. Betalningsansvaret är bl.a. kopplat till den tidpunkt då kallelsen togs emot.

3.3.6 Former för vårdplanering

Den behandlande läkaren i den slutna vården ska efter samråd med patienten, närstående och företrädare för berörda enheter fastställa hur vårdplaneringen ska genomföras. Beroende på patientens situation kan vårdplaneringen ske i olika former, t.ex. genom möte på sjukhus, via telefon, videokonferens eller på annat sätt. Det finns inget krav i lag och föreskrifter att vårdplaneringen behöver genomföras i form av ett möte på sjukhuset utan det är bedömningar som behöver göras i varje enskilt fall och som den behandlande läkaren ansvarar för.

3.3.7 Vårdplanens innehåll

Vårdplanen avser att utgöra ett konkret och strukturerat hjälpmedel för samordning. Patientens klarlagda behov inom olika områden behöver finnas tydligt beskrivna i vårdplanen så det blir möjligt att fastställa vilken huvudman som är ansvarig för att tillgodose dem. Beroende på patientens situation kan vårdplanen gälla en kortare eller längre period efter utskrivningen. Det ska också anges i vårdplanen när olika insatser ska följas upp, och därför kan olika delar av vårdplanen gälla olika lång tid. En vårdplan kan upprättas även om patienten inte är utskrivningsklar. All vårdplanering dokumenteras i patientjournalen i den slutna vården.

När det är relevant för patienten ska vårdplanen innehålla följande uppgifter om:

- medicinska åtgärder och andra behandlingar som planeras efter utskrivningen,
- aktuella läkemedelsföreskrivningar,
- tillhandahållna eller föreskrivna medicintekniska produkter, hjälpmedel eller förbrukningsartiklar,
- allmän och specifik omvårdnad som planeras efter utskrivningen, omsorg, stöd och service som planeras efter utskrivningen och, rehabilitering och habilitering som planeras efter utskrivningen.

Vårdplanen ska även innehålla följande uppgifter:

- namnet på den behandlande läkaren som ansvarar för planen,
- vilka åtgärder som den behandlande läkaren bedömt som hälso- och sjukvård alternativt egenvård och vem som ska vidta respektive åtgärd,
- namnet på den eller de läkare i primärvården, och i den slutna vården som har det fortsatta ansvaret för vården och behandlingen av patienten,
- om patienten har medverkat i vårdplaneringen eller inte, om närstående har medverkat i vårdplaneringen eller inte, och målsättningen med insatserna samt hur och när de ska följas upp.

3.3.8 Patientens och närståendes delaktighet i vårdplaneringen

Betalningsansvarslagen anger att patienten och närstående bör delta i vårdplaneringen och patienten har rätt att få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för vård och behandling som finns. Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den i stället lämnas till en närstående till patienten, förutsatt att det inte finns några hinder för detta i annan lagstiftning. Information om enskildas rättigheter enligt socialtjänstlagen är en angelägen uppgift för socialtjänsten. Grundläggande för all vård och omsorg är att den sker i samråd med patienten och att personalen respekterar patientens självbestämmande och integritet.

3.3.9 Personalens delaktighet

I vårdplaneringen ska sådan personal från berörda enheterna delta som har den kompetens som behövs för att tillgodose patientens behov av insatser efter utskrivningen. En av förutsättningarna för att genomföra en bra vårdplanering är att personalen inom slutenvården som deltar är väl insatta i patientens hälsotillstånd. Det betyder att de känner till patientens problem och resurser, både sjukdomstillstånd och t.ex. förmåga att klara t.ex. dagliga aktiviteter som att äta, förflytta sig och sköta sin personliga hygien samt vilka resurser patienten har och hur fortsatt rehabilitering kan planeras. Personalen kan också behöva informera om eventuella

risker för komplikationer för patienten beroende på det aktuella sjukdomstillståndet samt behov av rehabiliterande insatser och hjälpmedel.

3.3.10 Andra planer och planeringar

En vårdplan enligt betalningsansvarslagen kan ses som komplement till annan planering som görs i landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård och i kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvård. Syftet med dessa planeringar är att mer långsiktigt samordna och planera för patientens vård och omsorg. Vårdplanen kan behöva samordnas med en eventuell planering för patienten som fanns före inskrivningen i den slutna vården, eftersom flera andra författningar förutom betalningsansvarslagen ställer krav på planer för vård och omsorg. Ett exempel är kraven på individuell plan enligt SoL och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18) finns också krav på innehållet i de vårdplaner som upprättas efter vårdplanering enligt 16 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV.

3.3.11 Vad innebär att patienten är utskrivningsklar?

Den behandlande läkaren ska utgå från patientens tillstånd samt vetenskap och beprövad erfarenhet för att avgöra när en patient är utskrivningsklar, det vill säga när patienten inte längre behöver slutenvårdens resurser. Inför bedömningen om en patient är utskrivningsklar måste läkaren ta hänsyn till landstingets resurser i den öppna hälso- och sjukvården om han eller hon bedömer att patienten behöver sådana insatser efter utskrivningen.¹² När en vårdplan är upprättad och en patient bedömts vara utskrivningsklar kan patientens tillstånd försämrans innan han eller hon hinner skrivas ut. Om den behandlande läkaren då inte längre anser att patienten är utskrivningsklar ska den behandlande läkaren doku-

¹² Prop. 2002/03:20 s. 41.

mentera detta i patientjournalen samt meddela de berörda enheterna, och vid behov görs en ny vårdplanering och vårdplan.

3.3.12 Utskrivningsmeddelande

I och med ändringen i betalningsansvarslagen ändrades också innebörden av termen utskrivningsmeddelande. I Socialstyrelsens tidigare föreskrifter och allmänna råd innehöll utskrivningsmeddelandet omfattande information om patienten och skulle skickas samma dag patienten skrevs ut. Numera är utskrivningsmeddelandet ett meddelande om att man *planerar* att skriva ut en patient, och meddelandet ska skickas senast dagen före den planerade utskrivningsdagen. Utskrivningsmeddelandet behöver alltså endast innehålla patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress samt information om vilken dag patienten beräknas skrivas ut.

3.3.13 Överföring av information vid utskrivning

Senast samma dag som patienten skrivs ut ska information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst föras över från den slutna vården till de berörda enheterna inom den öppna vården och socialtjänsten. Det finns inget krav på att all information om patienten måste föras över senast utskrivningsdagen, utan information som inte påverkar utförandet av vården och omsorgen direkt efter utskrivningen kan föras över vid ett senare tillfälle. Kravet gäller alltså den information som behövs för att patienten ska få en god och säker vård samt omsorg av god kvalitet i anslutning till utskrivningen. Vid utskrivningen ska patienten få denna information skriftligt, om det inte finns något hinder för det. Vid behov ska den även ges i annan form. Om någon närstående svarar för vård- och omsorgsinsatser efter utskrivningen kan det vara aktuellt att även de närstående får information om vilka personer som kan kontaktas för fortsatt råd och stöd. Informationen som ska överföras ska innehålla dels vårdplanen, dels övriga väsentliga uppgifter.

Om det är relevant för patientens vård och omsorg efter utskrivningen, ska följande övriga uppgifter ingå:

- inskrivningsorsak samt hälso- och funktionstillståndet vid inskrivningen,
- vilka som har varit ansvariga för patientens vård, behandling och rehabilitering inom den slutna vården,
- sammanfattning och utvärdering av den genomförda vården, behandlingen och rehabiliteringen samt eventuella komplikationer som tillstött i den slutna vården,
- patientens aktuella hälso- och funktionstillstånd,
- patientens upplevda funktionstillstånd,
- riskbedömning utifrån patientens hälsotillstånd,
- patientens arbetsförmåga,
- närstående, förvaltare eller god man och,
- andra kontinuerliga läkarkontakter än de som är namngivna i vårdplanen

3.3.14 Kommunens betalningsansvar

Kommunen är betalningsskyldig för utskrivningsklara patienter som har en upprättad vårdplan. Betalningsansvaret kan tidigast inträda fem vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen. För patienter i den psykiatriska slutenvården kan betalningsansvaret tidigast inträda trettio vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen.

Lagen är i dag dispositiv avseende betalningsansvaret, dvs. huvudmännen kan avtala om tidpunkten för inträdet av kommunernas betalningsansvar och de belopp som i sådant fall ska erläggas av kommunen.

Om inte annat överenskommits mellan huvudmännen lämnas ersättning för vård av utskrivningsklara patienter med belopp som motsvarar den omvårdnad som patienten får på enheten. Beloppen ska motsvara genomsnittet i riket och räknas om årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i riket. Regeringen meddelar

varje år i en förordning vilket det nationella beloppet blir för somatisk, geriatrisk respektive psykiatrisk vård.

4 Volymer och kostnader – utskrivningsklara patienter

Sammanfattat:

I detta kapitel beskrivs:

- Utvecklingen av volymer och kostnader för utskrivningsklara patienter.

Utredningen konstaterar att:

- Bristen på underlag omöjliggör att med exakthet ange kostnader för utskrivningsklara patienter. Utredningens uppskattningar av kostnader får därmed tolkas med försiktighet.

4.1 Det är svårt att beräkna volymer och kostnader avseende betalningsansvarslagens tillämpningsområde

De uppskattningar som gjordes i samband med reformernas genomförande och de uppföljningar som genomfördes en kort tid efteråt *Ett år med betalningsansvar* (SOU 1993:49) klargör att det var svårt, för att inte säga omöjligt att med exakthet beräkna såväl volymer som kostnader. År 1989 och 1990, dvs. innan Ädelreformen genomfördes, gjordes uppskattningar att cirka 4 000 patienter (cirka 15 procent) inom den slutna akutsjukvården var medicinskt färdigbehandlade. En kartläggning från år 1994 bedömde antalet medicinskt färdigbehandlade personer inom psykiatrisk slutenvård till 2 742. Helt klart är att betalningsansvarslagen haft effekter för att pressa ned andelen utskrivningsklara. Det är däremot inte möjligt att med säkerhet tillskriva betalningsansvarslagen som enda orsak

till att vi idag har färre utskrivningsklara som blir kvar på sjukhus i väntan på annan vård och omsorg. Nedan följer en sammanställning av resultat av uppföljningar som gjorts genom åren samt en kort redogörelse för den enkät som Socialstyrelsen genomfört i samarbete med utredningen.

4.2 Inventeringen 2004

I september 2004 genomförde Landstingsförbundet, i samråd med Svenska Kommunförbundet och Socialstyrelsen, en inventering av utskrivningsklara patienter inom slutna somatisk vård.¹ Jämförelser gjordes med tidigare inventeringar. Landstingsförbundet konstaterade att det är svårt att göra jämförelser mellan åren eftersom frågeställningarna varierat och det finns osäkerheter i det insamlade materialet. Mätningarna har avsett medicinskt färdigbehandlade resp. utskrivningsklara patienter en viss dag.

Vid undersökningstillfället år 1992 väntade nästan 2 500 medicinskt färdigbehandlade patienter inom den slutna somatiska vården på kommunal hälso- och sjukvård. Antalet färdigbehandlade patienter minskade därefter i alla mätningarna fram till år 1999. Minskningen var dock relativt obetydlig mellan åren 1994 och 1996.

Antalet färdigbehandlade patienter som väntade på fortsatta insatser utanför sjukhuset minskade med mer än hälften mellan åren 1992 och 1999. Siffrorna för år 2002 visade att antalet färdigbehandlade patienter hade ökat för första gången sedan betalningsansvaret infördes år 1992. Det totala antalet medicinskt färdigbehandlade patienter år 2002 utgjorde cirka 7 procent av samtliga inneliggande patienter inom somatisk vård. Andelen patienter som väntade på kommunal hälso- och sjukvård var cirka 8 procent år 1992, 5 procent år 1999 och 6 procent år 2002. I mätningen från 2004 rapporterades totalt 1 155 utskrivningsklara patienter, vilket motsvarade 6 procent av antalet inneliggande och utgjorde en viss minskning jämfört med 2002 års mätning.

¹ Utskrivningsklara patienter inom slutna somatisk sjukhusvård 29 september 2004, SKL 2005.

4.3 Inventeringen 2007

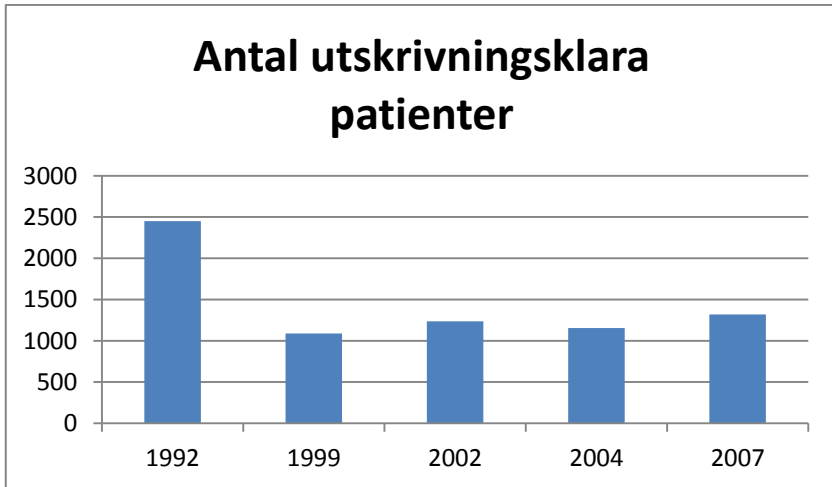
Socialstyrelsen och SKL samarbetade om den inventering som gjordes 2007.² Rapporten från 2007 innehåller resultat från två undersökningar, en inventering av utskrivningsklara patienter från slutet somatisk vård och en kartläggning av vårdplanering i samband med utskrivning från slutet somatisk vård. Även denna gång användes metoden att mäta antalet patienter en viss given dag. Underlaget för inventeringen var delvis densamma som i inventeringen som genomfördes 2004, dock med några revideringar. Undersökningarna är därmed inte helt jämförbara.

På mät dagen rapporterade landstingen in totalt 1 319 utskrivningsklara patienter inom slutet somatisk sjukvård. Dessa patienter motsvarade knappt 8 procent av antalet rapporterade ineliggande patienter. Kvinnorna utgjorde 59 procent av patienterna. Cirka hälften (47 procent) av kvinnorna var i åldrarna 80–89 år, medan mindre än hälften (41 procent) av männen hörde till den åldersgruppen. En högre andel av kvinnorna än männen var i åldrarna 85 år och äldre. Av kvinnorna var även en större andel än männen 90 år och äldre, 16 procent jämfört med 10 procent.

Det finns svårigheter med att göra jämförelser av antalet utskrivningsklara bakåt i tiden. Framför allt beror det på att termen utskrivningsklar infördes 2003 och på att undersökningarna före 2004 redovisar antalet medicinskt färdigbehandlade som väntade på kommunal hälso- och sjukvård. Vid mätningen 2002 visade det sig dock att nästan alla medicinskt utskrivningsklara patienter (93 procent) väntade på det som då definierades som kommunal hälso- och sjukvård. Gruppen omfattar alltså så gott som samtliga medicinskt utskrivningsklara. Om man antar att detta förhållande stämmer för både tidigare och senare mätningar kan antalet utskrivningsklara eller medicinskt färdigbehandlade uppskattas och beskrivas med staplarna nedan.

² Socialstyrelsen och SKL: Inventering av utskrivningsklara patienter och vårdplanering i samband med utskrivning – Undersökning 2007.

Diagram 4.1 Antal utskrivningsklara patienter per mättdag



Källa: Socialstyrelsen, Inventering av utskrivningsklara patienter och vårdplanering i samband med utskrivning, 2007

4.3.1 Hur länge hade patienterna varit utskrivningsklara?

Mer än hälften av patienterna (55 procent) hade varit utskrivningsklara i högst två dagar. Om man bortser från de patienter där det inte anges vilket datum de blev utskrivningsklara så stiger andelen till 61 procent, dvs. nästan två av tre patienter. 12 procent av patienterna hade varit klara att skrivas ut i tre till sex dagar. Sammanlagt hade alltså nästan två av tre patienter (67 procent) varit utskrivningsklara i mindre än en vecka. Om man bortser från de patienter där det inte anges vilket datum de blev utskrivningsklara så stiger andelen till 74 procent, dvs. nästan tre av fyra patienter. Var sextonde patient hade varit klar att skrivas ut i två veckor eller mer. Den största andelen (37 procent) av dem som varit utskrivningsklara i mindre än en vecka väntade på att få en plats i ett korttidsboende. Andelen stiger till 40 procent om man bortser från de patienter där det inte finns någon uppgift om vad man väntar på. Av männen hade 65 procent varit utskrivningsklara i mindre än en vecka, jämfört med 69 procent av kvinnorna. Andelarna stiger till 75 respektive 73 procent om man bortser från de patienter där det inte finns något datum angivet. I åldrarna 65–84 år hade 66 procent av patienterna varit utskrivningsklara mindre än en vecka, jämfört

med 74 procent i åldrarna 85 år och uppåt. Andelarna stiger till 72 respektive 79 procent om man bortser från de patienter där det inte anges vilket datum de bedömdes som utskrivningsklara.

4.3.2 Vårdplaner och betalningsansvar

Inventeringen 2007 visade att kommunernas betalningsansvar hade inträtt för 388 patienter (29 procent) av de totalt 1 319 utskrivningsklara patienterna. För 39 patienter (3 procent) saknades uppgift om betalningsansvaret, och för 892 (68 procent) angav landstingen att kommunerna inte hade betalningsansvaret.

Enligt landstingens inrapportering var det 924 av patienterna som hade fått en vårdplan upprättad. För 29 patienter angavs inte om det fanns någon sådan plan, medan 366 patienter saknade en vårdplan. För 42 procent av patienterna med en upprättad vårdplan hade den blivit färdig högst två dagar innan undersökningen genomfördes. Ytterligare 19 procent hade haft en plan i mellan tre och sex dagar. Cirka tre av fem patienter (61 procent) med en upprättad vårdplan hade alltså haft den i mindre än en vecka.

4.3.3 Vilka är de utskrivningsklara patienterna och vilka fortsatta insatser väntade patienterna på?

Som en del av inventeringen av antalet utskrivningsklara patienter genomfördes också en granskning av dokumentationen i ett antal patientfall. Syftet med denna studie var att undersöka om vårdplaneringar genomförs för de patienter, 65 år och äldre, som behöver fortsatta insatser när de skrivs ut från sjukhuset, och om informationen överförs till berörda efter utskrivningen. Ett annat syfte var att beskriva innehållet i vårdplaneringen och i den information som överförs i samband med utskrivningen. Journalkopior från 230 patienter granskades, varav 142 kvinnor (62 procent) och 87 män (38 procent), samt 1 bortfall. Medelåldern för hela gruppen var 81,6 år. Drygt hälften av patienterna (56 procent) var ensamboende och en tredjedel (31 procent) var sammanboende. För 13 procent var fanns ingen uppgift. Fler kvinnor än män var ensamboende. Tre fjärdedelar (75 procent) bodde i ordinärt boende före inskrivningen, 12 procent i särskilt boende och 3 procent befann sig i korttids-

boende. För 8 procent var boendeformen före inskrivning inte angiven.

För omkring en fjärdedel saknades svar på frågan vilken fortsatt vård och omsorg som man väntade på. Den största gruppen, hälften av patienterna, väntade på plats i ett korttidsboende. Där efter följde gruppen som enbart väntade på SoL-insatser i ordinärt boende (16 procent), både SoL- och HSL-insatser i ordinärt boende (13 procent) och permanent särskilt boende (12 procent). Om man även ser till patienternas ålder visar det sig att den största andelen som var i behov av permanent särskilt boende hörde till åldersgruppen 80–84 år (23 procent). För de övriga åldersklasserna (75–79, 85–89 resp. 90 år eller äldre) var motsvarande andel cirka 20 procent. Vidare var andelen som väntade på insatser i ordinärt boende högst i åldrarna 80–89 år (21–26 procent).

I 60 procent av de granskade patientfallen, dvs. för 137 patienter, hade sjukhusen skickat en kallelse till vårdplanering då personalen på sjukhusen gjort bedömningen att patienterna efter utskrivningen behöver stöd från socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården, landstingets primärvård eller psykiatriska vård, eller annan öppenvård. Utifrån antalet inskickade journalkopior fanns en stor variation i hur många som innehöll kallelser till vårdplanering: mellan 98 och 23 procent för sjukhusen och mellan 80 och 50 procent för klinikerna. De geriatriska klinikerna skickade kallelser för 80 procent av patienterna, de medicinska klinikerna för 60 procent, ortopedklinikerna för 55 procent samt kirurgklinikerna för 50 procent av patienterna. Vid granskningen av journalkopiorna framkom att ytterligare 19 patienter kunde varit aktuella för en kallelse till vårdplanering.

4.4 Socialstyrelsen 2013

Den senaste inventeringen som gjorts av utskrivningsklara patienter genomfördes av Socialstyrelsen 2013 och avsåg uppgifter från 2012.³ Syftet med kartläggningen var att samla in och redovisa antalet patienter som under år 2012 hade fått stanna på sjukhuset efter att de bedömts som utskrivningsklara samt bedöma kostna-

³ Socialstyrelsen: Utskrivningsklara patienter – kartläggning våren 2013.

derna för detta. Kartläggningen genomfördes via enkäter till landstingen. Dessvärre var bortfallet mycket stort särskilt vad gäller uppgifter om patienter inom sluten psykiatrisk vård. Uppgifterna måste därför tolkas med stor försiktighet.

4.4.1 Somatisk slutenvård

Andelen vård dygn för utskrivningsklara som väntat 1–5 dygn var 4,4 procent av det totala antalet vård dygn i Sverige, vilket motsvarar 350 000 vård dygn. Socialstyrelsen tillämpade en schablonkostnad om 4 216 kronor per vård dygn och beräknade den totala kostnaden till 1 476 mkr för utskrivningsklara patienter som väntat 1–5 dygn.

Andelen vård dygn för utskrivningsklara som väntat mer än 5 dygn var 1,4 procent av det totala antalet vård dygn, vilket motsvarar cirka 110 000 vård dygn. Av dessa hade cirka 10 procent, eller 11 000 patienter, inte någon vårdplan. Kostnaden för utskrivningsklara som väntat mer än fem dygn beräknades till 46 mkr. Den sammantagna kostnaden uppskattades därmed till totalt 1 522 mkr.

Resultaten från denna enkätstudie är svår att jämföra med föregående års inventeringar. Syftet med undersökningen år 2013 var primärt att beräkna kostnaderna för landstingen för utskrivningsklara patienter. Om dessa hade en upprättad vårdplan eller ej framgår inte av enkäten.

4.4.2 Psykiatrisk slutenvård

Landstingen har haft svårt att få fram de efterfrågade uppgifterna för psykiatrisk slutenvård. I de landsting som besvarat enkäten varierar andelen utskrivningsklara patienter som fått vänta på utskrivning mellan 0,1 och 1 procent av alla slutenvårdade patienter. I genomsnitt hade 0,4 procent av patienterna fått vänta minst en dag på utskrivning. En uppskattning utifrån det bristfälliga underlaget ger vid handen att detta skulle innebära att cirka 4000 patienter inte kunde skrivas ut den dag de var utskrivningsklara. 95 procent av patienterna kunde skrivas ut inom 30 dagar. Andelen vård dygn för utskrivningsklara patienter varierar mellan landstingen, från 0,1 procent till 3 procent av det totala antalet vård dygn. Igenom-

snitt handlar det om 0,6 procent vilket skulle motsvara cirka 45000 vård dygn för hela riket.

Vad gäller kostnader för utskrivningsklara patienter inom psykiatrisk vård har Socialstyrelsen endast beräknat kostnaden för de patienter som väntat upp till 30 dygn. Underlaget från landstingen var alltför bristfälligt för att kunna beräkna kostnader för patienter som väntat mer än 30 dygn. Socialstyrelsen beräknade kostnaden utifrån en schablon om 3 576 kronor per vård dygn och fann att antalet vård dygn för utskrivningsklara patienter som väntat 1–30 dygn var cirka 45 000 i riket, vilket ger en kostnad på 161 mkr för utskrivningsklara patienter.

4.4.3 Var finns de utskrivningsklara patienterna?

Nästan hälften (49 procent) av de utskrivningsklara i slutna somatisk vård var inskrivna på internmedicin, 19 procent på ortopedi, 11 procent på kirurgi och 9 procent på geriatrisk klinik och resterande 12 procent i ”övrig vård”. Endast två landsting kunde lämna uppgifter om vilken boendeform patienterna skrevs ut till. Av dessa framgår att 41 procent skrevs ut till särskilt boende, 30 procent till korttidsboende och 29 procent till eget boende.

Vad gäller psykiatrisk slutenvård kunde endast ett landsting besvara uppgifterna i enkäten. I stort sett alla patienter i det landstinget vårdades inom allmänpsykiatri och två tredjedelar av de utskrivningsklara patienterna inom allmänpsykiatri skrevs ut till eget boende. Övriga skrevs ut till korttidsboende eller särskilt boende.

4.4.4 Volym och kostnader sammantaget

Av enkätsvaren och den uppräknings som gjorts med anledning av bortfallet beräknas cirka 80 000 patienter inom den somatiska slutenvården och cirka 4 000 patienter inom den psykiatriska vården stanna på sjukhus efter att de blivit bedömda som utskrivningsklara. Sammanlagt väntade dessa patienter uppskattningsvis 460 000 dagar inom den somatiska slutenvården och 59 000 dagar inom den psykiatriska vården från det att de var utskrivningsklara från sjukhus till det att de kommit vidare i vårdkedjan. Huvuddelen av de ut-

skrivningsklara patienterna kunde skrivas ut inom den tidsram innan kommunernas betalningsansvar inträder, dvs fem resp. 30 vardagar. Enligt kartläggningen fick cirka 21 600 patienter vänta mer än fem vardagar inom den somatiska slutenvården och 200 patienter mer än 30 vardagar inom den psykiatriska vården. Andelen vård dygn för utskrivningsklara varierar kraftigt mellan landstingen, från under en procent till 16 procent av alla vård dygn. Genomsnittet för de landsting som besvarade enkäten är 4,4 procent dvs. omkring 350 000 vård dygn totalt för hela landet.

Merparten av kostnaderna för landstingen utgjordes av utskrivningsklara patienter inom somatisk vård, cirka 1 522 mkr. Utskrivningsklara patienter inom psykiatrisk vård beräknas ha kostat landstingen 161 mkr. Beräkningen är gjord utifrån en schablonkostnad på 4216 kronor per vård dygn för somatik och 3576 kronor per vård dygn för psykiatri. De utskrivningsklara patienterna beräknas totalt ha kostat landstingen omkring 1 683 mkr under år 2012.

4.5 Data från Mest sjuka äldresatsningen

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har genom årliga överenskommelser haft en gemensam satsning kring sammanhållna vård och omsorg för de mest sjuka äldre åren 2010–2014. Genom bl.a. ekonomiska incitament har satsningen på olika sätt syftat till att stimulera till mer effektiv samverkan och höjd kvalitet i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Arbetet har utgjort ett nationellt storskaligt förbättringsarbete såväl på ledningsnivå som ute i olika verksamheter i äldreomsorg, primärvård och på sjukhus.

Genom satsningen har en stor mängd data samlats in och i samband med tecknandet av överenskommelsen 2013, som avsåg arbete år 2014, utvidgades datainsamlingen till att även omfatta data kring utskrivningsklara. Alla landsting kommunicerar utskrivningsprocessen för patienter i behov av fortsatta insatser i primärvård och/eller kommunal vård och omsorg via olika elektroniska verktyg. Här finns bland annat datum för när patient är utskrivningsklar, när vårdplanering är genomförd, vårdplan justerad och överenskommen och när patienten faktiskt blir utskriven. Tekniska förutsättningar fanns alltså för att kunna sammanställa data om

utskrivningsklara patienter utifrån uppgifter som redan registrerades. Till skillnad från samtliga tidigare mätningar av utskrivningsklara patienter som byggd på enkäter är dessa data således direkt hämtade ur befintliga verksamhetssystem och inrapporterade till portalen kvalitetsportal.se

Enligt den manual som tagits fram var det följande mått och mätetal som användes: Mått 1: Antal avslutade vårdtillfällen under var och en av de senaste tre kalendermånaderna där patienter inom somatisk slutenvård, 65 år eller äldre, varit utskrivningsklara minst 1 dag. Mått 2: Summa vårdtid som patienter inom somatisk slutenvård, 65 år eller äldre, varit utskrivningsklara under vårdtillfällen som avslutats under var och en av de tre senaste kalendermånaderna. I rapporteringen som görs en gång i månaden ska mätetalen fördelas efter vilken kommun, och i relevanta fall efter vilken kommun eller stadsdel, som patienten var folkbokförd i vid utskrivningen.

SKLs analys

SKL har varje år publicerat en analysrapport som beskriver utvecklingen av de områden satsningen omfattar. I 2014 års analysrapport redovisas för första gången data avseende utskrivningsklara patienter.⁴ Noteras bör att rapporteringen gällande denna indikator är behäftad med en del osäkra variabler. Exempelvis tolkas begreppet ”utskrivningsklar” något olika mellan landstingen, varför viss försiktighet bör iaktas vid tolkningar av resultaten. Resultatet till och med september 2014 visar att antalet vårdtillfällen där patienter 65 år och äldre varit utskrivningsklara uppskattas till 100 000 för hela år 2014. Patienterna har varit utskrivningsklara i sammanlagt 420 000 vård dagar under 2014, vilket innebär att drygt 5 procent av landets vårdplatser varit belagda av utskrivningsklara patienter 65 år och äldre.

Analysrapporten redovisar data för januari – september 2014. Cirka 11 700 patienter 65 år och äldre bedöms vara utskrivningsklara och kvarvarande på sjukhus varje månad. Patienterna vårdas i genomsnitt 4,1 dagar som utskrivningsklara, vilket innebär cirka

⁴ Analysrapport 3, Sammanhållen vård och omsorg 2014, SKL 2014.

48 000 extra vårddygn per månad. Detta motsvarar i genomsnitt per dygn knappt 1200 belagda vårdplatser och en kostnad för landstingen på cirka 430 mkr per månad eller cirka 5 miljarder kronor per år. SKL har i denna summa beräknat kostnaderna utifrån ett pris per slutenvårdsdygn på 9 162 kronor (genomsnittligt pris KPP 2011, VGR).

Resultat från webbkollen

Webbkollen är ett webbaserat verktyg, en intervjumanual, för att följa upp sjuka äldre personers bild av resultaten i vård och omsorg. Webbkollen används av vård- och omsorgspersonal för att genomföra trygghetsskapande samtal med sköra äldre personer. Syftet med Webbkollen är för den enskilde äldre att inge trygghet, rätta ut frågetecken och skapa delaktighet i planeringen av vård- och omsorgskontakter. På en systemnivå bidrar Webbkollen med en grund för gemensamt förbättringsarbete genom ökad förståelse av hur vården och omsorgen fungerar, samt identifiering av möjliga orsaker som kan användas som underlag till beslut om förbättringsåtgärder.

En av Webbkollens tre versioner rör utskrivningsprocessen och utgör ett stort och unikt underlag som ger kunskap om hur de äldre upplever utskrivning från sjukhus. Över 17 000 patienter har blivit uppringda de senaste två åren genom Webbkollens version *Sjukhus – Ring upp*. Av dessa uppringda äldre upplever två tredjedelar att de får vara med i planeringen inför hemgång. Andelen som svarat aktivt nej har sjunkit med närmare 14 procent och andelen som svarat ja har ökat med närmare 10 procent sedan föregående år. Av de kommentarer som ges återfinns en stor spridning som pekar på olika patienters behov. Vissa upplever inget eller litet behov av vårdplanering. Andra som upplever utskrivningen som plötslig och att uppgivna behov inte kan mötas fullt ut.

En stor del av de som vårdplanerats fick även med sig skriftlig information hem (66 procent). Samtidigt är det endast 19 procent som uppger att det finns en samordnad individuell plan (SIP) som de känner till. Behovet av skriftlig information har lyfts fram då många patienter identifieras ha kognitiv svikt och att närstående med flera blir hjälpta av att skriftligt få ta del vad som är planerat för den äldre.

I princip samtliga uppringda patienter svarar att de tar någon form av läkemedel (98 procent). Fyra av fem patienter har fått en läkemedelslista. Ungefär hälften av alla patienter får en läkemedelsberättelse som beskriver eventuella förändringar i deras läkemedelsbehandling. Här noteras i ett flertal svar att rutin saknas för hur denna ska upprättas. Andelen som vet varför de ska ta sina läkemedel har ökat från 80 procent till 86 procent senaste två åren, men samtidigt vet ett flertal patienter fortfarande inte varför de tar sina läkemedel.

En av tre patienter upplever inte att det fungerat helt bra efter hemkomst. De vanligaste orsakerna är:

- att man inte mår bra (62 procent)
- bekymmer med läkemedel (11 procent)
- otillräckliga insatser från hemtjänsten (5 procent)
- anhöriga som inte riktigt orkar med (3 procent)
- otillräckliga insatser från hemsjukvården (2 procent)

En annan målgrupp inom Webbkollen är de patienter som blivit återinskrivna i slutenvård inom 30 dagar. Målgruppen som besvarat Webbkollen – Återinskrivna har det sämre hemma än målgruppen Webbkollen – Ring upp. Nästan var tredje äldre som återinskrivits och ringts upp upplever att de har det dåligt hemma jämfört med sju procent av de som deltagit i Webbkollen – Ring upp. Äldre som återinskrivits svarar i en högre utsträckning att de inte mår bra (76 mot 62 procent), att hemtjänst inte har varit tillräcklig (11 mot 5 procent) och att anhöriga inte orkar med (7 mot 3 procent). Målgruppen återinskrivna upplever sig mindre delaktiga jämfört med målgruppen ring upp. I gruppen återinskrivna svarade 49 procent att de deltagit i planeringen inför hemgång jämfört med 68 procent i gruppen ring upp. 44 procent av de återinskrivna svarar att de inte fick med sig någon skriftlig information hem jämfört med 29 procent av gruppen ring upp. Gruppen återinskrivna är i större utsträckning osäker på vart man ska vända sig. Resultaten är lika mellan målgrupperna vad gäller hantering av läkemedel, kunskap om varför de ska ta sina läkemedel samt andel som svarar att de inte fick med sig en skriftlig sammanställning över läkemedel med sig hem. Skillnader ses främst i att målgruppen återinskrivna i en högre utsträck-

ning upplever att hemtjänsten inte varit tillräcklig (10 mot 5 procent) och att en större andel av gruppen ring upp har en samordnad individuell plan (19 mot 5 procent).

Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre

Inom ramen för satsningen på de mest sjuka äldre 2012 genomförde SKL tillsammans med 12 landsting och 29 kommuner en kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre.⁵ Sammanlagt har cirka 300 sjuka äldre personer samt deras närstående intervjuats. Journaler och registerdata studerats, läkemedelsbehandlingen undersökts och de totala kostnaderna för vård och omsorg för varje intervjuad person beräknats. Studien är unik i sitt slag och ger mycket värdefull kunskap om vilket komplext samspel som måste till för att få vård och omsorg runt sjuka äldre att fungera. Resultaten bekräftar den bild avseende systemfel i vård och omsorg kring denna grupp sköra äldre människor som presenterats i flera andra sammanhang. De mest sjuka äldre med stora behov av sammansatta insatser av vård och omsorg uppmärksammas inte tillräckligt av vård- och omsorgsgivarna. Det saknas helhetsperspektiv vilket leder till punktvisa insatser utan sammanhang – något som i sin tur leder till onödigt höga kostnader och onödiga kvalitetsbrister.

Brister som identifieras för sköra äldre är bl.a. avsaknad av kontinuitet och problem med tillgänglighet i primärvården. På sjukhusen förekommer långa väntetider på akutmottagningen för sköra äldre, missnöje med bemötandet och stressad personal. Hembesök av läkare förekommer nästan inte alls och i hemtjänsten finns så många olika personer att det blir allt vanligare att den äldre säger upp insatserna. Brister avseende läkemedelsbehandling är ett stort problem och vårdplaner är ofta bristfälliga eller inaktuella. I den nämnda undersökningen framkommer att många är missnöjda med utebliven behandling på akutmottagningen eller i slutenvården och med samarbetet mellan olika vård- och omsorgsutförare. Något som de äldre själva efterfrågar är en person med samordningsansvar för den äldres behandling. Den kommunaliserade hemsjukvården är man i stort sett nöjd med när man väl får ta del av den. Det kan

⁵ Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende, SKL, 2012.

också konstateras att många anhöriga gör stora insatser och att det finns stora skillnader i vårdkonsumtion och kostnader mellan olika kommuner och landsting.

I denna studie utgjorde primärvård endast tre procent av den totala resursinsatsen medan slutenvården utgjorde 58 procent. I genomsnitt hade de tillfrågade endast fyra läkarbesök inom primärvården under den studerade perioden av 18 månader. På samma tid hade de lika många sjukhusinläggningar. Kostnaden för varje sjukhusinläggning motsvarar 56 läkarbesök inom primärvården eller 106 hembesök av en distriktssköterska. Fyra sjukhusinläggningar under 18 månader motsvarar då 224 läkarbesök (drygt ett läkarbesök var tredje dag) inom primärvården eller 424 hembesök av distriktssköterska. Resultaten i denna studie ger uttryck för att samhällets insatser för de sjuka äldre fortfarande präglas av ett reaktivt snarare än proaktivt mönster. Stora och kostsamma insatser sätts in sent i sjukdomsförloppet, när de är oundvikliga, istället för att satsa på tidiga riskförebyggande insatser. Förebyggande insatser kan levereras till väsentligt lägre kostnad och med hög effektivitet om de utformas rätt och riktas till rätt målgrupper.

4.6 Utredning från SKL 2012

SKL genomförde 2012 en genomlysning av utskrivningsprocessen inom den slutna psykiatriska vården i ett landsting, i syfte att få en fördjupad kunskap om utskrivningsprocessen och de problem som kan uppstå. Det oidentifierade materialet omfattade sammanlagt 234 poster eller vårdtillfällen. Genomlysningen begränsades sedan till poster där det skett någon form av informationsöverföring som var intressant utifrån SKLs syfte med studien. De utvalda posterna utgjorde 86 st.

I 148 poster av de totalt 234 saknades dokumenterad informationsöverföring. Det är oklart om detta berodde på att det rörde sig om patienter som man bedömt inte vara i behov av socialtjänst- och/eller fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivningen eller om dessa patienter inte gett samtycke till att informationsöverföring sker. Andra förklaringar kan vara att samverkan ändå skett kring dessa patienter men att det inte framgick av dokumen-

tationen eller att samverkat kring patienten inte skett av någon annan anledning.

Datumet för när kallelsen till vårdplanering mottagits av kommunen är av stor betydelse då det styr tiden innan kommunens betalningsansvar inträder. Av de 86 utvalda posterna framgick att vårdplan och/eller kallelse saknades i 27 fall. I 31 av de 86 posterna har visserligen vårdplan upprättats men det har skett efter att patienten skrivits ut. Vid flera tillfällen har det enligt noteringarna dröjt mer än ett halvår efter utskrivning innan vårdplan upprättats.

Under 2010 inträdde det kommunala betalningsansvaret enligt materialet för motsvarande 20 heldygn. Vid sex av dessa tillfällen eller dygn finns det dock oklarheter som exempelvis att patienten enligt materialet inte bedömts som utskrivningsklar, vilket är ett av villkoren för att kommunalt betalningsansvar ska inträda. I tre fall saknas uppgifter om patienten bedömts som utskrivningsklar trots att patienten skrivits ut.

Av de 86 utvalda posterna var det 36 patienter som vårdats kvar minst ett heldygn efter att de bedömts som utskrivningsklara. Dessa 36 har sammanlagt konsumerat 278 heldygn. I 10 fall framgår det dock att kallelse till vårdplanering och/eller vårdplan saknas. Dessa motsvarar 46 heldygn. I nio fall har man visserligen upprättat vårdplan, men det har gjorts efter det att patienten har skrivits ut. Dessa motsvarar 47 heldygn. Vidare finns det flera poster där det framgår att vårdplan upprättats först efter att patienten bedömts som utskrivningsklar (7 st). Dessa 7 poster utgör 39 heldygn.

SKLs sammanfattande iakttagelse var att det är endast ett fåtal av de 234 posterna där man skulle kunna misstänka att patienten blivit kvar inom slutenvården efter att denne bedömts som utskrivningsklar. I genomgången av materialet finns det många poster där det verkar ha brustit i informationsöverföringen från slutenvården och att viktiga steg i den samordnade vårdplaneringsprocessen helt saknas.

4.7 Socialstyrelsen 2014

I samarbete med utredningen genomförde Socialstyrelsen en enkätundersökning bland Sveriges samtliga kommuner under hösten 2014.⁶ Syftet med kartläggningen var att generera kunskap om vilka förutsättningar kommunerna har för att i samverkan med landstingen skapa effektivare vårdkedjor för berörda patienter. I missivet som följde enkätfrågorna angavs att resultaten skulle användas i utredningen (S 2014:05) om översyn av betalningsansvarslagen. Svarsfrekvensen om 85 procent får anses vara hög i sammanhanget.

74,2 procent av respondenterna uppgav att de under 2013 fakturerats av landsting för vård av utskrivningsklara patienter. Resterande andel, dvs. 25,8 procent, hade inte fakturerats sådana kostnader. Antalet vårddygn som de svarande kommunerna fakturerats för var 30 911 st. En skattad summa för riket är 39 609 vårddygn som kommunerna betalat för under 2013. Denna siffra bygger på antagandet att gruppen kommuner/stadsdelar som inte lämnat uppgift om antalet fakturerade vårddagar har lika många dagar i förhållande till folkmängden som gruppen kommuner/stadsdelar som har lämnat uppgift. Enkäten efterfrågade uppgifter om hur de fakturerade vårddyggen fördelat sig mellan somatik, geriatrik och psykiatri. Då alltför många kommuner inte kunde redovisa någon sådan uppdelning var det inte möjligt att ta fram någon sådan redovisning på nationell nivå.

4.8 Räkenskapssammandraget

Såvitt framgår av RS köpte kommunerna 2013 tjänster av landstingen för 238 mkr avseende äldre och 150 mkr för personer med funktionsnedsättningar. Av tabellen sist i den s.k. Rikstotalen, där omsorgen om äldre resp. funktionshindrade specificeras per verksamhet, framgår inte hur dessa specificeringar summerar till totalen. Vad dessa tjänsteköp utgör går således inte att närmare få klarhet i. På den detaljnivån redovisar inte kommunerna uppgifter till RS.

⁶ PM Kommunernas förutsättningar att ta emot utskrivningsklara patienter – kartläggning 2014, Dnr. 5.3-27606/2014, Socialstyrelsen.

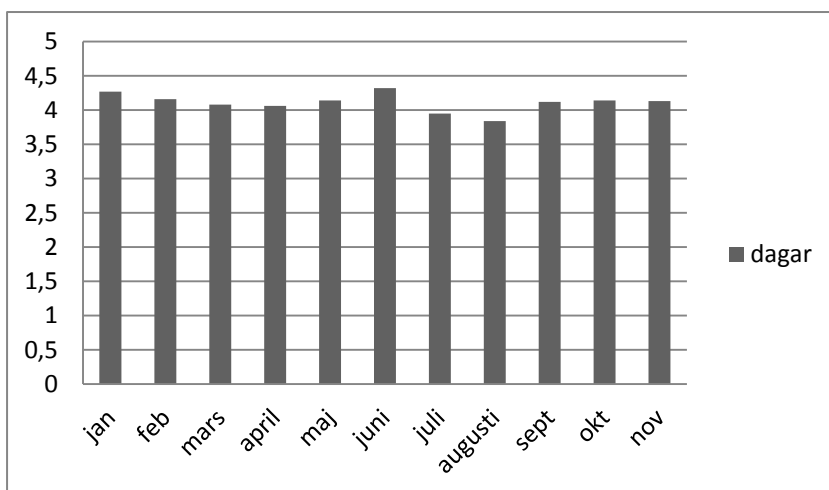
4.9 Kvalitetsportal.se

I avsnitt 4.5 redogörs för datainsamling inom Mest sjuka äldre-satsningen. Som en del i den överenskommelsen rapporteras data avseende utskrivningsklara patienter över 65 år, som publiceras i kvalitetsportal.se. Uppgifterna i portalen ligger publikt.

Kvalitetsportal.se kan användas för att se genomsnittliga väntetider som patienter varit utskrivningsklara i slutenvård uppdelat på kommunnivå. Diagram 4.2 beskriver hur genomsnittet sett ut under perioden januari – november 2014 för hela landet.

Tabell 4.1 visar resultat för hela landet avseende antal vård-tillfällen, antal dagar och genomsnittstider.

Diagram 4.2 Genomsnittliga väntetider i dagar för hela landet för patienter över 65 år, januari – november 2014



Tabell 4.1 Utskrivningsklar slutenvård för personer över 65 år. Januari 2014 – november 2014. Hela riket

Månad	Antal Vårdtillfällen	Antal utskrivningsklara dagar	Antal utskrivningsklara dagar i medeltal
201401	8859	37835	4,27
201402	7947	33097	4,16
201403	8357	34121	4,08
201404	7962	32293	4,06
201405	8283	34266	4,14
201406	7904	34158	4,32
201407	8041	31746	3,95
201408	7509	28847	3,84
201409	8665	35671	4,12
201410	8957	37075	4,14
201411	7977	32981	4,13
s:a jan-nov 2014	90 461	372 090	
per månad, genomsnitt	8 224	33 826	4,1

Mycket stora skillnader i genomsnittstider

Av uppgifterna i kvalitetsportal.se framgår att genomsnittstider per kommun och per landsting varierar kraftigt över landet. Utredningen har analyserat om det finns säkra samband mellan olika faktorer som påverkar hur effektiva kommunerna är avseende utskrivningsklara. Sådana faktorer skulle kunna vara kommunens befolkningsstorlek, kommungrupp (baserad på SKLs kommungruppsindelning), närhet till akutsjukhus eller andra förklaringsfaktorer. Utredningen har dock inte funnit några entydiga samband mellan olika förklaringsfaktorer. Enligt utredningens uppfattning påverkar många andra faktorer genomsnittstiderna. Diagram 4.3 visar spridningen mellan landsting avseende genomsnittsvårdtider efter att patienten bedömts som utskrivningsklar. Diagram 4.4 visar de 10 kommunerna med lägst genomsnittstid per december 2014.

Diagram 4.3 Antal vård dygn utskrivningsklara vårdats som utskrivningsklara i genomsnitt januari – september 2014

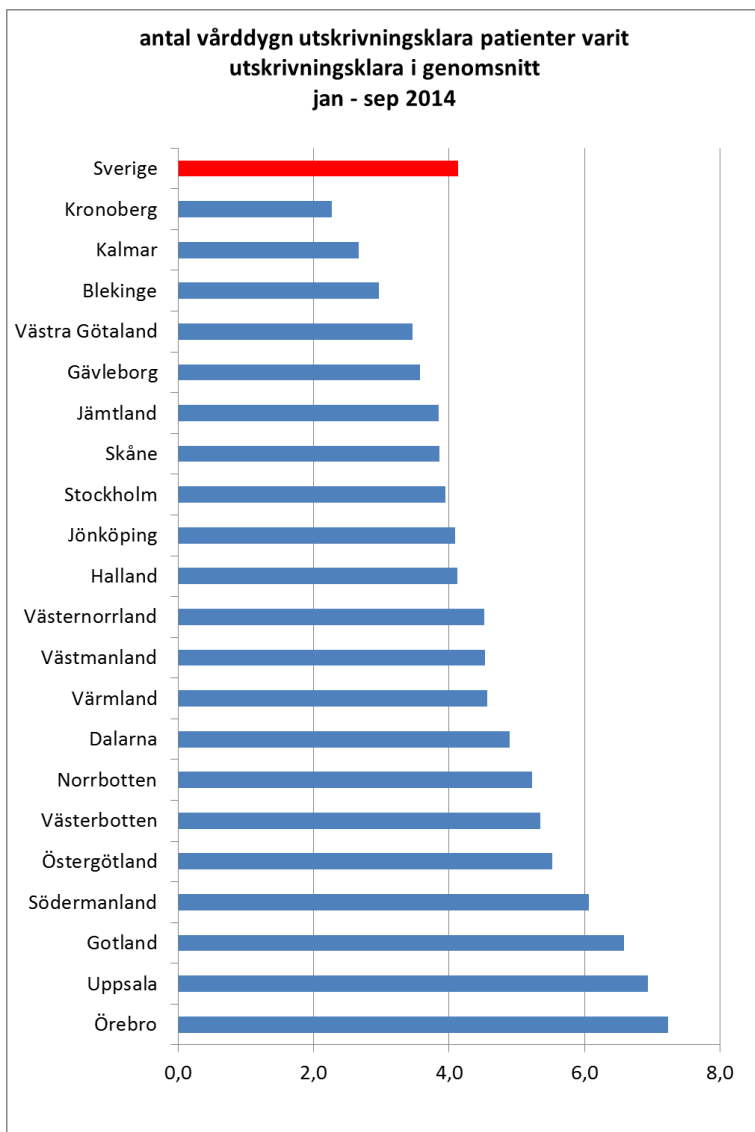
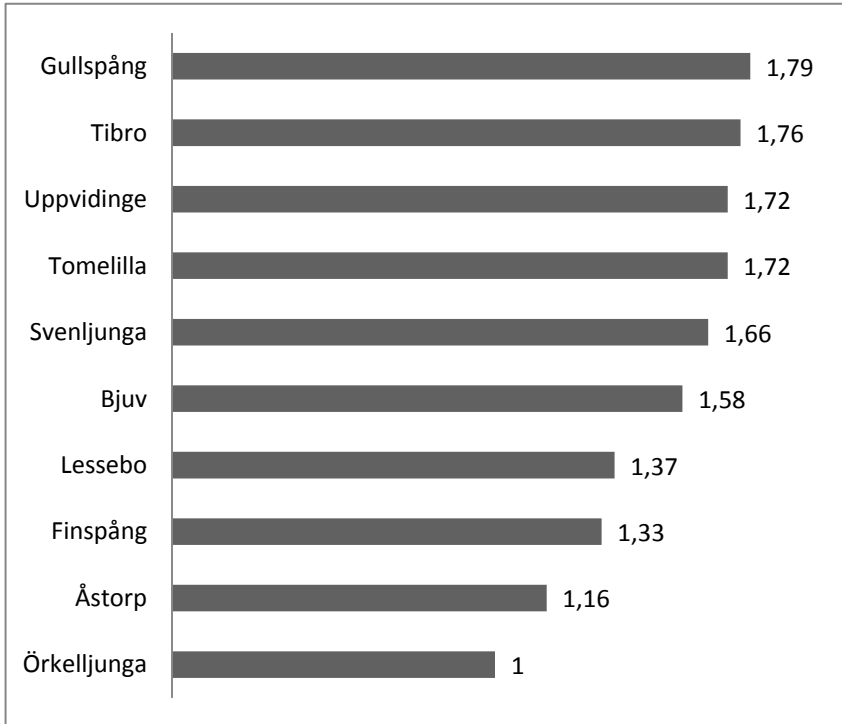


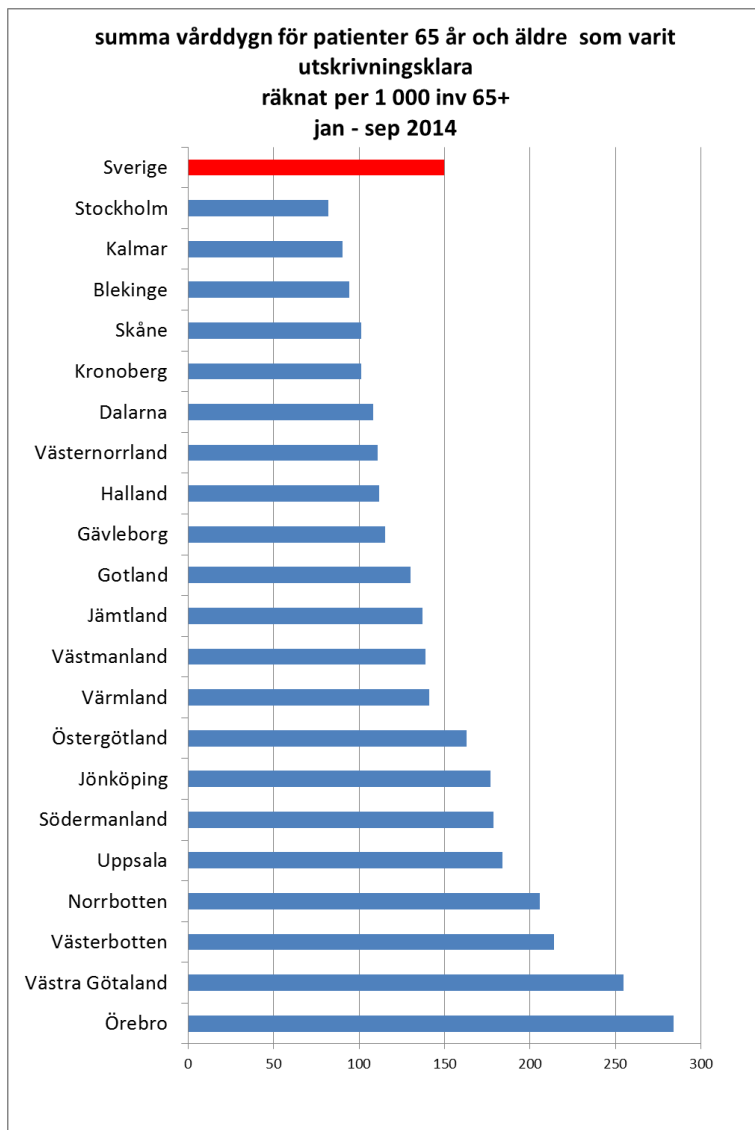
Diagram 4.4 De 10 kommuner som har lägst genomsnitt i dagar (per december 2014)



Stor spridning i antal vård dygn mellan landsting

På motsvarande sätt som för genomsnittstider varierar kraftigt summan av vård dygnen som utskrivningsklara väntat på fortsatta insatser. Diagram 4.5 visar summan av antalet vård dygn per 1 000 invånare 65+.

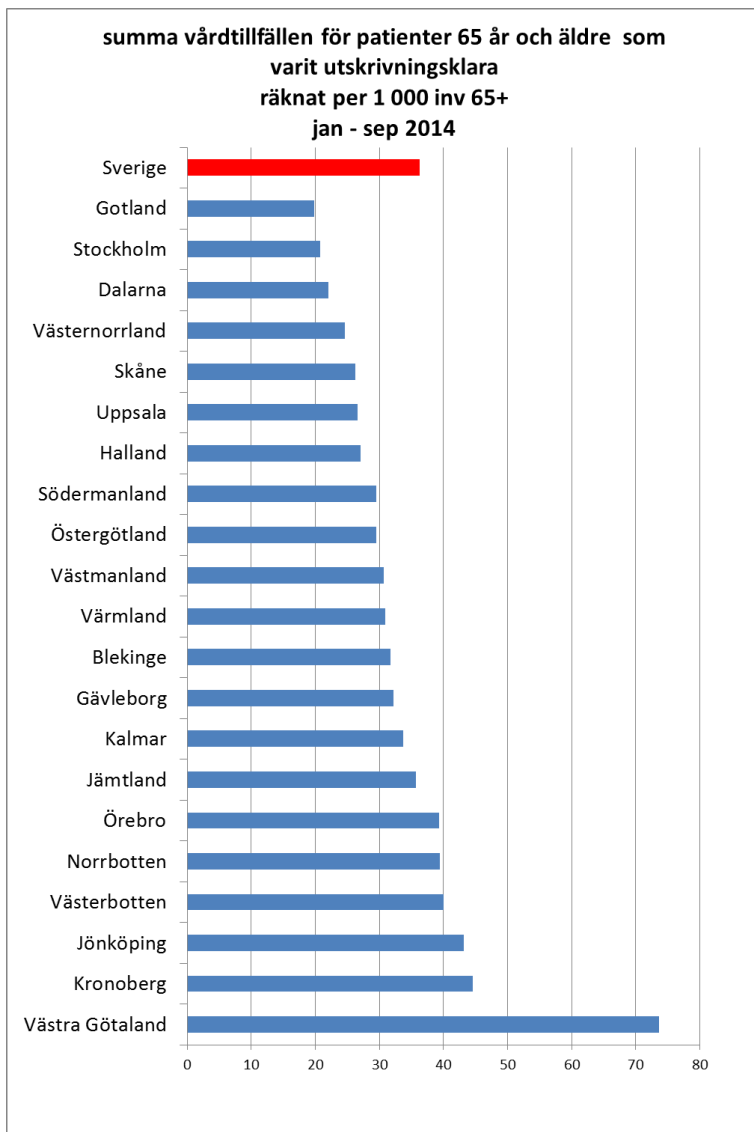
Diagram 4.5 Summa antal dagar för patienter 65 år och äldre som varit utskrivningsklara räknat per 1 000 invånare 65 +



Stor spridning i antal vårdtillfällen mellan landsting

Ur kvalitetsportal.se kan man se antalet vårdtillfällen där patienter varit bedömda utskrivningsklara mer än ett dygn. Däremot kan man inte se antalet patienter, en patient kan ha vårdats inom slutenvård vid fler än ett tillfälle under mätperioden. Av diagram 4.6 framgår att spridningen är mycket stor avseende antalet vårdtillfällen per 1000 invånare 65+.

Diagram 4.6 Antal vårdtillfällen jan– september 2014 för patienter över 65 år som varit utskrivningsklara räknat per 1000 invånare 65 +



4.10 Utredningens uppskattning av kostnader

För såväl kommuner som landsting saknas underlag för att med precision avgöra hur många patienter som är utskrivningsklara och hur kostnader för dessa ska beräknas. Underlagen som rör den somatiska vården är på intet sätt heltäckande och vad gäller den psykiatriska vården saknas nästan helt underlag som på nationell nivå kan belysa volymer och kostnader. Utredningen har av två skäl inte genomfört några egna undersökningar för att få klarhet i volymer och belopp. För det första har det inte rymts inom den korta utredningstid som utredningen haft till förfogande. Det andra skälet har varit att Socialstyrelsen så sent som 2013 genomfört en kartläggning av volymer och belopp men då många landsting inte kunnat ta fram de efterfrågade uppgifterna bedömde utredningen det som utsiktslöst att genomföra en liknande kartläggning efter att så pass kort tid från Socialstyrelsens kartläggning. Utredningen har därför haft redan befintligt underlag att tillgå dock med den komplettering som Socialstyrelsens enkät hösten 2014 utgjort (se avsnitt 4.7). Trots att samtliga underlag var och en för sig innehåller brister och osäkerheter och har några år på nacken anser utredningen att det vid en samlad bedömning ändå går att dra vissa generella slutsatser av det material som utredningen haft till förfogande.

4.10.1 En uppskattning av landstingens kostnader

Uppgifter från kvalitetsportal.se anger att antalet vårddygns som patienter över 65 befunnit sig i somatisk slutenvård trots att de varit utskrivningsklara skattas till 405 000 för år 2014.⁷ Detta ska jämföras med Socialstyrelsens kartläggning från 2013 som skattar antalet vårddygns inom somatisk vård till 460 000 för året 2012. En skillnad mellan dessa uppskattningar är att data från Mest sjuka äldresatsningen och kvalitetsportal.se endast avser somatiska patienter över 65 år medan Socialstyrelsen inte har någon åldersbegränsning och således inkluderar patienter i alla åldrar. Frågan är om skillnaden mellan dessa skattningar kan förklaras av att gruppen

⁷ Tidsperioden är jan–nov 2014, summering av summerat antalet vårdtillfällen och beräknat genomsnittligt antal per månad x 12.

under 65 år saknas i SKLs skattning? Det saknas säkra data avseende hur många av de utskrivningsklara somatiska patienterna som är under 65 år. Av Socialstyrelsens kartläggning från 2007 framgår att 12,4 procent av samtliga utskrivningsklara patienter inom den somatiska vården var under 65 år. Om vi antar att denna andel skulle gälla även i nuvarande situation skulle det innebära att cirka 57 000 vårddygn av de 460 000 vårddygn som Socialstyrelsen skattat skulle utgöras av utskrivningsklara somatiska patienter under 65 år. Om vi utifrån uppgifter i kvalitetsportal.se (se avsnitt 4.9) gör en skattning för helår blir volymerna totalt 462 000 vårddygn inom somatisk vård (405 000 vårddygn för patienter över 65 år och 57 000 vårddygn för patienter under 65 år).

Även om de båda skattningarna inte exakt överensstämmer med varandra anser utredningen att de olika skattningarna sammantaget någorlunda stödjer varandra och att de indikerar vilka volymer det kan röra sig om. Utredningen gör därför följande uppskattning av landstingens kostnader för utskrivningsklara patienter inom somatisk vård.

Om vi antar att antalet vårddygn för patienter över 65 år uppgår till 405 000 och för patienter under 65 år till 57 000 per år och dessa tal multipliceras med några olika antaganden om priset för slutenvårdsplatser framgår resultaten av tabell 4.2.

Vid ett antagande om vårdplatspriser enligt nuvarande förordning (1991:1278) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård uppräknat till 2014 års priser (4513 kronor för somatisk akutsjukvård) skulle kostnaden för den somatiska slutenvården bli cirka 2,1 miljarder kronor. Detta belopp är sannolikt alltför lågt som genomsnittspris då en vårdplats inom den somatiska akutsjukvården i Sverige generellt sett är betydligt högre. Baserat på t.ex. VG regionens uppskattning för genomsnittlig grundkostnad för ett vårddygn på Sahlgrenska universitetssjukhuset (6 000 kr/dygn) kan landstingens kostnader istället uppskattas till cirka 2,8 miljarder kronor.

Vid ett antagande om genomsnittligt pris per slutenvårdsdygn enligt KPP för 2011 i Västra Götaland regionen skulle kostnaderna istället uppgå till cirka 4,2 miljarder kronor.

Tabell 4.2 Uppskattning av kostnader för samtliga utskrivningsklara somatiska patienter vid olika antagande om dygnskostnad, miljoner kronor

Antagen dygns-kostnad	Patienter över 65 år	Patienter under 65 år	Totalt
4 513 kr/dygn	1 832	257	2 089
6 000 kr/dygn	2 435	342	2 777
9 162 kr/dygn	3 719	522	4 242

Det saknas underlag som möjliggör beräkningar av kostnader för utskrivningsklara patienter inom psykiatrisk slutenvård.

För patienter inom sluten psykiatrisk vård som är utskrivningsklara är såväl volymer och belopp mycket osäkra. Socialstyrelsens kartläggning 2013 visar att antalet dygn som utskrivningsklara väntar på att skrivas ut uppgår till 45 000 för de som väntat 1–30 dygn och 14 000 dygn för de patienter som väntat mer än 30 dygn. Dessa summor bygger på uppgifter från 6 landsting och som sedan anpassats för att motsvara siffrorna för riket. Utskrivningsklara patienter inom psykiatrisk vård uppskattas ha kostat landstingen 161 mkr 2012.

4.10.2 Kommunernas avgifter med anledning av överträdelse av fristdagarna har minskat sedan reformen infördes

Två källor finns att tillgå vid en uppskattning av vad kommunerna betalat med anledning av överträdelse av tidsfristen; Socialstyrelsens enkät 2014 och Räkenskapssammandraget (se avsnitt 4.7 resp. 4.8). Räkenskapssammandraget anger för 2013 att kommunerna gjorde tjänsteköp för 238 mkr avseende äldre och 150 mkr avseende funktionsnedsatta.

Socialstyrelsens enkät 2014 utgör underlag för en skattning av de fakturerade vårddygnen till 39 609 st. De allra flesta kommuner som besvarat enkäten kan inte precisera hur dessa fördelar sig mellan somatik, geriatrik eller psykiatri. Om vi med ledning av Socialstyrelsens kartläggning från 2013 antar att dimensionerna mellan de olika patientgrupperna är 21600 patienter inom somatisk vård och 200 patienter inom psykiatrisk vård (Socialstyrelsens kartläggning ger ingen ledning avseende geriatrikens andel av totalen)

så skulle det innebära att det totalt skulle handla om 21800 patienter. Cirka 1 procent av patienterna är patienter inom psykiatri och resterande patienter inom somatik. Denna uppskattning av dimensioneringen för olika patientgrupper är dock mycket osäker, eftersom bortfallet var mycket stort i Socialstyrelsens kartläggning och eftersom Socialstyrelsen i denna kartläggning använt andra tidsgränser än de som gäller för betalningsansvarets inträde. Socialstyrelsen använder i kartläggningen intervallen 5 dygn för somatisk vård och 30 dygn för psykiatrisk vård. Betalningsansvarslagens tidsgränser är 5 resp. 30 vardagar – lördagar och sön- och helgdagar tillkommer.

Om vi antar att 1 procent av det totala antalet skattade vårddygn betalas med det belopp som regeringen fastställt för den psykiatriska slutenvården för 2013 (3682 kronor per vårddygn) och resterande 99 procent av det skattade antalet vårddygn fakturerats med det belopp som gällde för somatik år 2013 (4341 kronor per vårddygn) så skulle den totala summan kommunerna fakturerats bli:

- för psykiatripatienter: 1 procent av $39609 \times 3682 = 1\,458\,403\text{kr}$
- för patienter inom somatik: 99 procent av $39609 \times 4341 = 170\,223\,242\text{kr}$

Utifrån en sådan beräkning skulle kommunerna ha fakturerats cirka 171,7 mkr för utskrivningsklara patienter 2013. Denna siffra skiljer sig således avsevärt från beloppen i Räkenskapssammandraget.

Enligt Betalningsansvarskommittén (SOU 1993:49) s. 41 var landstingens intäkter år 1992 för medicinskt färdigbehandlade var 575 mkr (i 1992 års priser) vilket motsvarar cirka 776 mkr i 2014 års priser. Detta innebär att oavsett om vi använder räkenskapssammandraget eller en uträkning baserad på Socialstyrelsens enkät från 2014 så har kommunernas kostnader för avgifter med anledning av utskrivningsklara minskat sedan från tidpunkten för hela reformen.

4.10.3 Det är i intervallet utskrivningsklara 1–5 dagar som det finns störst effektiviseringspotential.

Det stora flertalet patienter skrivs ut från somatisk slutenvård inom fem dagar efter att ha blivit bedömda som utskrivningsklara. Enligt Socialstyrelsens kartläggning från 2013 (se avsnitt 4.4) skrivs 50 procent av samtliga patienter inom somatisk vård ut inom intervallet 1–3 dagar. Siffrorna bygger på uppgifter från 9 landsting.

Tabell 4.3 Väntetider i dagar uppdelat på typ av slutenvård

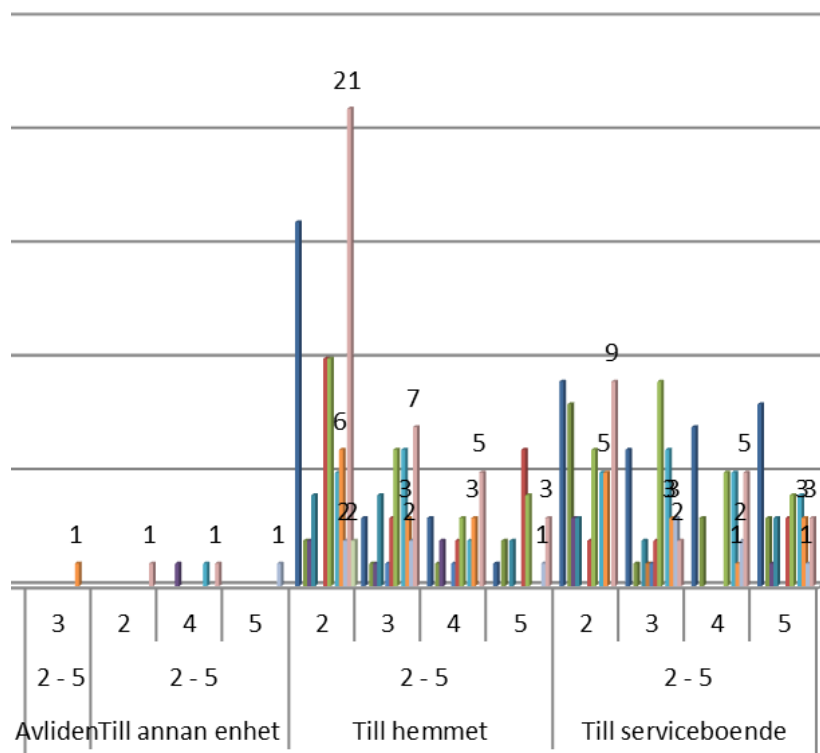
Specialitet	Andel patienter som väntat 1–3 dagar	Andel patienter som väntat 4–5 dagar	Andel patienter som väntat >5 dagar	Totalt
Geriatrisk	41	20	39	100
Internmedicin	51	22	28	100
Kirurgi	56	22	21	100
Ortopedi	49	27	23	100
Övrig vård	53	18	28	100
Totalt	50	22	27	100

Utredningen har genomfört några stickprov för att få en bild av hur patientflödena kan se ut. Diagrammet 4.7 avser statistik från en kommun mätperioden jan – sept. 2014 och de olika färgerna avser från vilken avdelning patienter skrivits ut. Ingen psykiatrisk avdelning är med i underlaget. Staplarnas höjd visar antal patienter. Av integritetskäl kan inte kommunens namn redovisas eftersom patienter då skulle kunna identifieras.

Av diagrammet framgår att de allra flesta patienter skrivs ut från sjukhus dag 2 och 3 och en mindre andel dag 4–5. Det är vidare skillnad på antal dagar beroende på om patienten skrivs ut till hemmet eller till ett boende. Patienter som skrivs ut till boenden har en mer jämn fördelning över antal väntetidsdagar och uppvisar inte alls samma branta stegring dag 2 och 3. Att genomsnittstider för hur länge en patient är utskrivningsklar varierar mellan landsting och mellan kommuner inom ett och samma landsting redovisas i avsnitt 4.9. Det finns även anledning att uppmärksamma det faktum att inom ett och samma sjukhus kan det vara mycket stora skillnader mellan olika kliniker avseende hur länge en patient blir kvar på sjukhuset efter att ha blivit bedömd som utskrivningsklar. I

den aktuella kommunen fanns inga eller mycket få problem med att fristdagarna överträts. Utredningen bedömer att ”mönstret” som framkommer i diagrammet är relativt representativt för de stickprov som utredningen tagit del av.

Diagram 4.7 Uppgift från en kommun mätperioden jan – sept. 2014. Från vilken avdelning skrivs patienterna ut och till vad



5 Omständigheter som påverkar ledtider, problem- och orsaksanalys

Sammanfattat:

I detta avsnitt beskrivs:

- Omständigheter som påverkar ledtider
- Vilka problem som finns med dagens lagstiftning

Utredningen konstaterar att:

- Betalningsansvarslagens konstruktion ger inte tillräckliga förutsättningar för att ledtider mellan slutenvård och vård och omsorg i öppna former ska hållas så korta som möjligt.
- Vad som försorsakar väntetider är ofta ett komplicerat spel mellan olika faktorer.

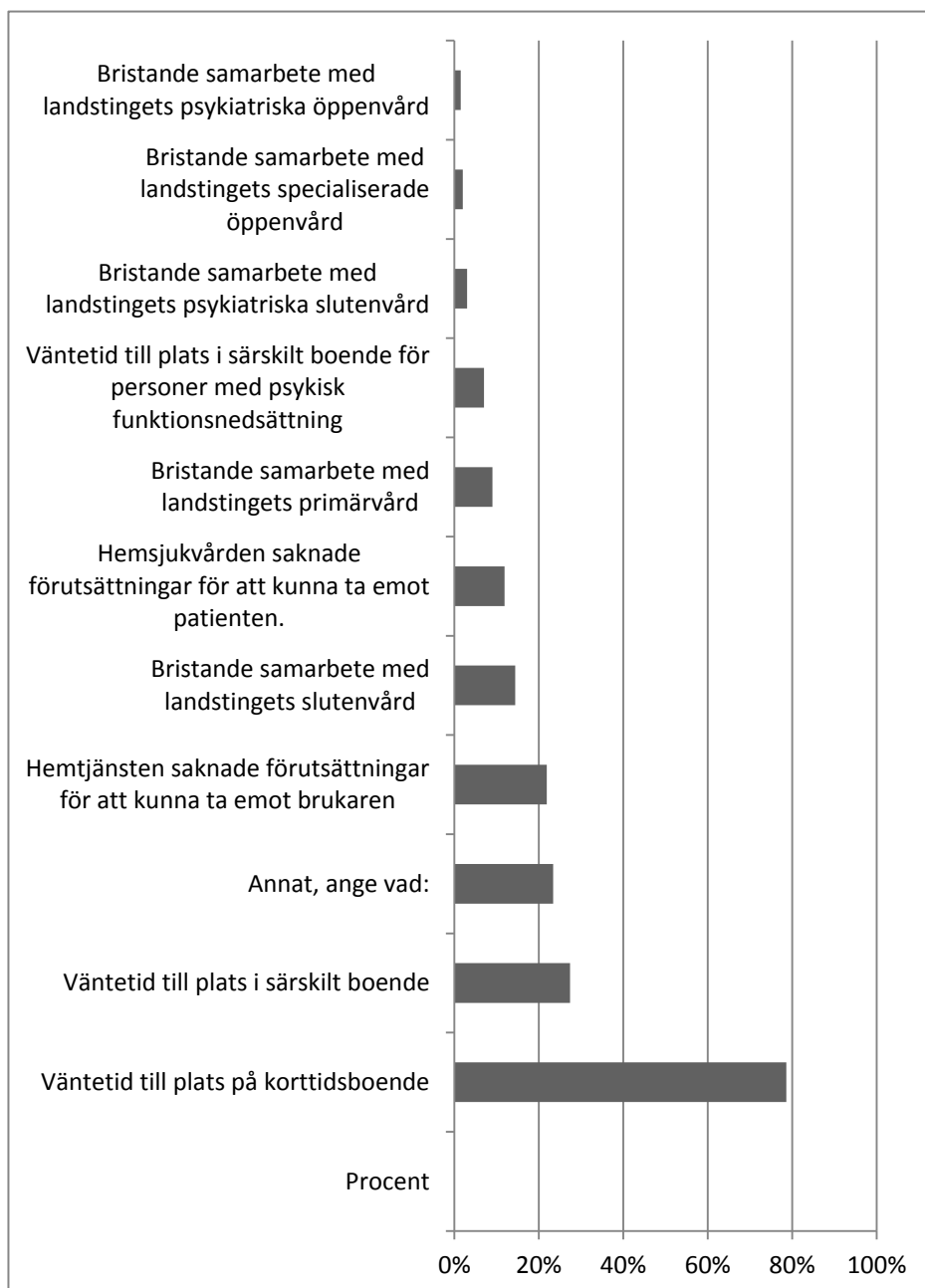
Utredningen har haft i uppdrag att föreslå åtgärder som kan minska ledtiderna mellan slutenvård och fortsatta vård och omsorg i öppna former. Det finns väldigt lite underlag på nationell nivå som belyser faktorer som påverkar ledtiderna. Däremot finns åtskilligt annat underlag som belyser vården och omsorgen i stort avseende de målgrupper som är aktuella. Dessa underlag har i viss mån kunnat användas i analysarbetet.

5.1 Socialstyrelsens enkät 2014

För att få kompletterande underlag inför analysarbetet har utredningen i samarbete med Socialstyrelsen genomfört en enkätundersökning (se avsnitt 4.7). I denna enkätstudie tillfrågades kommunerna vilka som var de vanligaste skälen under 2013 till att man inte kunde ta emot utskrivningsklara patienter innan betalningsansvaret inträdde. Enkäten efterfrågade också kommunernas åsikter om vad som skulle behövas för att snabbare än i dag kunna ta emot utskrivningsklara patienter, se avsnitt 6.1.

Diagram 5.1 visar enkätsvaren avseende vilka de huvudsakliga orsakerna var till att kommunen inte kunnat ta över sin del av ansvaret för patienten. Det är viktigt i sammanhanget att understryka att det rör patienter där betalningsansvaret inträtt.

Diagram 5.1 De vanligaste orsakerna till att kommunen inte kunde ta emot patienten innan betalningsansvaret inträdde under 2013



5.2 Ledtidernas längd påverkas av ett intrikat samspel mellan olika faktorer såväl i det enskilda fallet som på klinik-, kommun- och landstingsnivå

Utredningen bedömer att ledtidernas längd påverkas av ett mångfacetterat spektra av olika faktorer, varav de viktigaste presenteras i detta avsnitt. I den allmänna debatten och i massmedias rapportering av enskilda fall där patienter blivit kvar på sjukhus trots att de inte behöver tenderar förklaringen till väntetiderna ofta att bli alltför enkel. Ofta rör det sig om teorier att kommunerna inte vill eller inte prioriterar arbetet med att ”ta hem” de utskrivningsklara. Utredningen har stött på något sådant exempel där det har handlat om att kommunen mer eller mindre medvetet förhalat processen, men utredningens bedömning är att detta inte är vanligt förekommande och därmed inte i någon större utsträckning utgör förklaring till varför ledtiderna ser ut som de gör. För utredningen har det varit en prioriterad fråga att analysera faktorer som påverkar ledtider för att de föreslagna åtgärderna och den föreslagna nya lagen ska kunna förbättra situationen på ett adekvat sätt.

5.3 Påverkan på ledtider som härrör till bristande samverkan mellan huvudmännen

Vid den ansvarsförflyttning som genomfördes i samband med Ädel-, handikapp- och psykiatrireformen förutsattes såväl huvudmän som verksamhetsnivå ha ett aktivt samarbete för att skapa den sammanhållna vård och omsorg som var en av målsättningarna med reformerna (se avsnitt 3.1). Att utskrivningsklara patienter inkluderades i betalningsansvarslagen skall sannolikt tolkas som att staten skapade ekonomiska incitament för att åstadkomma ett effektivt samarbete runt målgruppen utskrivningsklara patienter. Dessa ekonomiska incitament förändrades betydligt 2003 (se avsnitt 3.2.2) för att åtgärda de problem som identifierades vid denna tid. I huvudsak kan de förändringar som genomfördes 2003 hänföras till att man ville skärpa incitamenten för att genomföra vårdplaneringar för de utskrivningsklara patienterna.

Det är ett välkänt faktum att de mest sjuka äldre som behöver insatser från flera olika aktörer är en patientgrupp som hamnar mellan stolarna när olika aktörer inte håller samman den vård och omsorg de behöver. Effekten av en fragmenterad vård och omsorg är, utöver mänskligt lidande och onödigt ohälsa, ofta återkommande besök på akutmottagningar och onödigt slutenvård. Motsvarande problem finns även för andra grupper som behöver insatser från flera olika aktörer, inte minst personer med psykiska funktionsnedsättningar. Att samverkan mellan huvudmännen fortfarande, så här lång tid efter 90-talets stora reformer, inte fungerar tillräckligt bra för patienter som har behov av insatser från flera verksamheter och/eller huvudmän är väl belyst och belagt genom åren. Mönstret med en fragmenterad vård och omsorg för patienter med sammansatta behov återfinns tydligt när vi studerat samverkan vid utskrivningssituationen.

5.3.1 Läkarmedverkan i patientens fortsatta vård efter slutenvården är en osäkerhetsvariabel som påverkar såväl ledtider som kvalitet i vården

I utskrivningssituationen är det ofta oklart för de berörda kommunala enheterna vilken läkare som övertagit det medicinska ansvaret för patienten.¹ När det medicinska ansvaret är klarlagt kan det ändå uppstå oklarhet och därmed osäkerhet för berörda kommunala enheter avseende hur tillgänglig hen kommer att vara för att vid behov kunna konsulteras av berörd personal om patientens hälsotillstånd. Denna osäkerhet påverkar ledtider eftersom kommunen av patientsäkerhetsskäl avvaktar att "ta hem" patienten tills det medicinska ansvaret för patienten är klarlagt.

¹ IVO, Äldre efterfrågar kontinuitet – Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013 s. 16.

Betalningsansvarslagens målgrupp är en målgrupp med stora och komplexa behov – läkarmedverkan nödvändig

I situationer där det är oklart för kommunen vem som tar över det medicinska ansvaret efter utskrivning upplever kommunala företrädare en osäkerhet avseende med vem de ska samarbeta med om den enskilda patienten och hur den fortsatta medicinska handläggningen av patienten kommer att se ut efter att patienten lämnat slutenvården. Kommunerna är osäkra på att man kan garantera patientsäkerheten om inte läkarmedverkan i den fortsatta vården av patienten är klarlagd vid tidpunkten då man ska ”ta hem” patienten. Kommunala företrädare uppger att de får ”jaga” ansvarig läkare för att upprätta kontakt och överenskomma hur den fortsatta vården om patienten ska se ut. Detta är särskilt besvärligt i situationer där det finns tveksamheter kring läkemedelslistor eller annan nödvändig information om patientens hälsotillstånd (se nedan under avsnitt 5.2.4) eller där den övertagande personalen omedelbart behöver konsultera läkare för avvägningar och bedömningar. Av detta skäl vill kommuner ogärna ta ”hem patienten” på helger eftersom man vill säkerställa att man kan hitta eller komma i kontakt med den läkare som övertagit det medicinska ansvaret. Utredningen har även tagit del av exempel på kommuner som regelmässigt inte tar hem patienter från torsdag eftermiddag och över helgen. Man vill säkra upp att man har ”vingelmån” att hinna utreda oklarheter och säkerställa hur patienten ska följas upp innan helg. Att kommunerna vill ha dessa faktorer klarlagda innan helg beror framförallt på att färre personer är i tjänst kvällar och helger. Det gäller såväl behandlande läkare i slutenvård som den läkare i primärvård/öppenvård som övertar det medicinska ansvaret för patienten. Att reda ut oklarheter utanför kontorstid innebär ofta att annan läkare än den läkare som känner patienten måste konsulteras. Kommunerna själva har incitament till att skapa ”ordning och redan” innan helg. Bemanningen är ofta sådan att de mer administrativa arbetsuppgifterna normalt är förlagda till kontorstid.

Övergången av det medicinska ansvaret från en läkare till en annan regleras inte i betalningsansvarslagen. Sådana rutiner för överföring av patienter ska i stället finnas lokalt. Problemen med överföring av det medicinska ansvaret från läkare i slutenvård till läkare i öppenvård är ingalunda nya problem.

5.3.2 Patienternas hälsotillstånd kräver kompetens som den kommunala hälso- och sjukvården inte har – det är ofrånkomligt att samverka med primärvård/öppenvård måste fungera bättre

I takt med hälso- och sjukvårdens utveckling som medger att en allt större del av hälso- och sjukvården kan ges i öppna former har akutsjukvårdens uppdrag blivit alltmer avgränsat. Patienter som skrivs ut i dag har i allmänhet ett sämre hälsotillstånd än de hade när lagen infördes. Detta gäller såväl somatik som psykiatri. I takt med att alltmer omfattande och avancerad hälso- och sjukvård kan ges i hemmet står kommunerna inför ständigt nya situationer. Kommunerna har inte alltid omedelbar kompetens för den ”svårighetsgrad” eller omfattning som krävs i omvårdnaden och måste snabbt utbilda sin personal för att kunna möta ”nya” situationer. Detta kan påverka ledtiderna då sådan utbildning kan ta tid.

Kortare vårdtider medför att patienter som i dag skrivs ut från slutenvård i allmänhet har ett sämre hälsotillstånd än då betalningsansvarslagen infördes.

Den medicintekniska utvecklingen har gjort att en allt större del av sjukvårdsverksamheten kunnat föras över i öppen vård. Även avancerade sjukvårdsinsatser kan numera erbjudas i det egna hemmet, bl.a. inom cancervården. Antalet vårdplatser inom akutsjukvården och annan slutenvård har mer än halverats på tjugo år. Medelvårdtiden för somatisk slutenvård (exklusive geriatrik och psykiatri) var 4,3 dagar per vårdtillfälle 2010 och har minskat med 0,7 dagar mellan år 1998 och år 2010 (Patientregistret för 2010 ur ett DRG-perspektiv, Socialstyrelsen 2012). Medelvårdtiden i slutenvård inom vuxenpsykiatri har minskat från 60 dagar 1987, 17 dagar 2008 till 15 dagar 2012.²

Den dagliga omsorgen med mat, hjälp med bostadens skötsel, hjälp med personlig hygien, sociala behov m.m. sköts vanligen parallellt med de mer medicinska uppgifterna. Kommunernas vård och omsorg har sammantaget fått en allt viktigare och mer komplicerade uppgifter för fler personer med omfattande behov av stöd.

² SKL, psykiatrienkät 2012, tabeller psykiatrisk heldygnsvård, 2014.

Dessa strukturella förändringar har i sin tur medfört förändringar i organiseringen av den öppna vården. Exempelvis har alla hemsjukvården övertagits av primärkommunerna i hela Sverige utom Stockholms län. Hemsjukvården omfattar hälso- och sjukvård (utom läkarinsatser). Innehållet i hemsjukvården skiljer sig åt mellan olika delar av landet men några variationer kan sägas att hemsjukvården spänner över ett brett spektrum av insatser, bl.a. omläggning av sår, skötsel av stomi och urinkateter, utprovning av inkontinenshjälpmedel, dialys, sondmatning, injektioner, infusioner och provtagningar.

Särskilt om psykiatrisk vård

Utredningen har erfarit att sjuksköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården och MASar oftast har större kunskap och erfarenhet av somatisk vård, det är naturligt då dessa patienter till antalet är betydligt fler. Det innebär samtidigt att kunskapsläget inom den kommunala hälso- och sjukvården vad gäller psykiatrisk vård kan vara eftersatt och att kommunerna därmed kan ha svårt att ge adekvata insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar. Utredningen har tagit del av en rad exempel på detta, exempelvis att kommunerna kan ha svårt att ge adekvat stöd till patienten där det skulle kunna föreligga risk för suicid.

Förutom att det finns risk för återinläggningar om vården i öppna former inte fungerar optimalt så kan ledtiderna påverkas då det för kommunerna i vissa fall kan vara svårare att "ta hem" en patient som skrivs ut från psykiatrisk slutenvård om vårdbehovet inte kan matchas av kompetensen kommunerna har.

Läkarmedverkan i patientens fortsatta vård en osäkerhetsfaktor

Utredningens direktiv har omfattat situationer där patienterna skrivs ut från sjukhus och att föreslå åtgärder som kan minska ledtiderna vid byte av vårdnivå. Vården och omsorgens funktionssätt utanför det avgränsade moment som utskrivningsprocessen utgör ligger utanför denna utrednings direktiv. Under arbetets gång har ändå utredningen tagit del av ett omfattande material och exempel som rör patienternas hela vård och omsorgssituation. Det samlade

intrycket är att läkarmedverkan i patienternas vård utanför sjukhuset alltför ofta fungerar bristfälligt. Det bekräftas också att den enkätundersökning som Socialstyrelsen genomfört i samarbete med utredningen, se avsnitt 4.7 samt 6.1. Den kommunala hemsjukvården och/eller hemtjänsten kan behöva snabb tillgång till läkarkonsultation av läkare i primärvård eller annan öppenvård för att kunna göra adekvata bedömningar i en viss situation. När sådan konsultation inte kan komma till stånd, framförallt för väldigt sköra patienter, kan kommunens personal bedöma att det är säkrare för patienten att vara kvar i slutenvården. Alternativt att patienten ska läggas in på nytt i slutenvård. Problemet har sannolikt stor effekt för risken för oplanerade återinläggningar.

5.3.3 Slutenvård och kommun ofta oense om patienten är "utskrivningsklar"

Av utredningens kontakter med företrädare för såväl kommuner och landsting framkommer att det är vanligt förekommande att slutenvård och kommun har olika bedömningar av om en patient är utskrivningsklar eller ej. Företrädare för kommuner kan mena att patienter skrivs ut "för tidigt" dvs. att patienten inte kan byta vårdnivå och att de därmed anser att den kommunala vården inte kan ta hand om patienten på ett patientsäkert sätt. Tvister och "förhandlingsituationer" uppstår vid utskrivningssituationen som påverkar ledtider.

Alltsedan den första uppföljningen av betalningsansvarslagen, se avsnitt 3.1.1, framgår att tvister om bedömningar om patienten är utskrivningsklar eller ej (då var termen medicinskt färdigbehandlad) är mycket vanligt förekommande. I samband med byte av begreppet medicinskt färdig behandlad till begreppet utskrivningsklar fanns förhoppningen att problemen skulle minska. Utredningen kan konstatera att så inte blivit fallet. Dagens möjligheter att rent tekniskt klara avancerade hälso- och sjukvårdsuppgifter gör att allt sjukare patienter kan vårdas utanför slutenvården. Många kommuner diskuterar var gränsen går för vad som är deras ansvar, vad kan kommuner i samarbete med landstingets primärvård eller annan öppenvård klara av att ta om hand på ett patientsäkert sätt? Viktigt i sammanhanget är också det faktum att den enskilde ska kunna välja att vara hemma, trots ett omfattande behov av avance-

rade hälso- och sjukvårdsinsatser. Många kommuner anför att det är olyckligt att slutenvårdens läkare ensamma sitter på beslutet att bedöma om en patient är utskrivningsklar. De efterlyser dels en tydligare definition av "utskrivningsklar" och dels någon form av överprövnings/"second opinionmöjlighet". Ett av argumenten för den förändrade vårdplaneringsprocessen i samband med lagändringarna 2003 var just att öka kontaktytorna mellan slutenvård och öppenvård (såväl kommunal som landstingsfinansierad öppenvård) och att bedömningen av om en patient är utskrivningsklar eller ej kunde föregås av en diskussion mellan parterna. Utredningen kan konstatera att lagändringen 2003 inte bidragit till en positiv utveckling i någon större utsträckning avseende detta problem.

Enligt betalningsansvarslagen innebär en bedömning av om patienten är utskrivningsklar en bedömning av om patienten behöver slutenvårdens resurser eller ej. Enligt författningskommentaren till 10 § BAL i prop 2002/03:20, s 41, ska hänsyn tas till "vilka resurser som finns". I den praktiska tillämpningen fungerar det inte riktigt så, vid bedömningstillfällena tas i regel ingen större hänsyn till vilka resurser som den öppna vården har att ta hand om patienten. Detta innebär i praktiken att den öppna vården har att "rätta sig efter" och anpassa sig till den bedömning som den behandlande läkaren i slutenvård gör. I bedömningssituationen kan det därmed innebära att patienten har ett omfattande och/eller ett avancerat hälso- och sjukvårdsbehov som mottagande enheter inom kommun och landsting snabbt ska lösa. Om det är behov som man tidigare inte har vana av att hantera så krävs ofta utbildning av berörd personal, förändringar i schemaläggning så att personal med rätt kompetens kan ta hand om patienten eller andra åtgärder. Det kan också röra sig om omfattande vårdbehov som gör att kommunen snabbt behöver få in extrapersonal eller göra förändringar i befintligt arbetssätt. Det finns givetvis gränser för hur snabbt en verksamhet kan ställa om till förändrade behov. Tiden för omställning är vidare avhängig många faktorer som exempelvis resursbrist, kompetensbrist eller organisatoriska faktorer.

Utredningen har tagit del av exempel på att bedömningen av om en patient är utskrivningsklar eller ej i viss mån kan påverkas av andra faktorer. I situationer där beläggningsgraden är hög eller alltför hög inom slutenvården kan bedömningen av utskrivningsklar komma att påverkas. Vården av utskrivningsklara patienter är även

en bidragande orsak till överbeläggingsproblematik. Vid överbeläggingsproblematik kan personalen pressas att skriva ut de patienter som är ”minst sjuka” för att få plats med andra patienter med större behov av vårdplatsen. Det uppstår bl.a. risk för att patienter skrivs ut för tidigt och därigenom ökar också risken att patienter blir återinlagda inom kort. Utskrivningsklara patienter som blir kvar i slutenvård kan således skapa en ond cirkel. Utredningen erfar att bedömningen av utskrivningsklar även kan påverkas av vilka insatser som väntar patienten efter utskrivningen. I de fall där patienten ska skrivas ut till en korttidsplats eller särskilt boende så kan bedömningen av utskrivningsklar ske ”tidigt”, den behandlande läkaren kan uppleva större trygghet med att patienten får dygnetruntövervakning. I de fall där patienten ska skrivas ut till hemmet kan bedömningen av om patienten är utskrivningsklar eller ej möjligen påverkas så att patienten blir kvar inom slutenvård något längre ”för säkerhets skull”. Utredningen erfar att det förekommer att personal inom slutenvården har vaga uppfattningar av vad den kommunala vården och omsorgen innehåller och hur den fungerar. Och vice versa. Utredningen har även tagit del av exempel på att slutenvårdens personal uppfattar korttidsplatser som en form av ”kommunal eftervård” dvs. ett slags ”sjukhus light” eller att kommunens rehabiliteringsinsatser är koncentrerade till korttidsboenden. Samtidigt kan kunskaperna vara vaga om den professionalisering av kommunernas hemtjänst och hemsjukvård som skett. Det tycks som att man på sina håll har en något föråldrad syn på hur kommunernas insatsutbud och kompetensnivå ser ut.

5.3.4 Det dokumenteras som aldrig förr men ändå har berörda parter inte tillräcklig aktuell information om de berörda patienterna

Utredningen konstaterar att informationsutbytet mellan berörda enheter generellt sett ofta är långsam och innehåller inte alltid fullständig och aktuell information. Problemen är väl kända och dokumenterade. Att informationsutbytet inte fungerar optimalt kan bero på en rad olika skäl. Lagstiftningshinder, föråldrade IT-system, gammal utrustning, osäkerhet avseende vilken information som får överföras och när, olika journalsystem i olika verksamheter som inte tillåter att andra berörda enheter kan se information m.m.

Att parterna inte kan lita på den information som de har tillgång till leder till att personal ofta behöver ”dubbelkolla” eller utreda faktiska omständigheter. Denna osäkerhetsvariabel leder till betydande merarbete och påverkar sannolikt ledtider. Utredningen har tagit del av exempel på kommuner som av patientsäkerhetsskäl inte vågar ”ta hem” en patient före helg eftersom man behöver tid på sig för att utreda vilken information som är den aktuella och korrekta. Att utgå från felaktig information i arbetet utgör en stor patientsäkerhetsrisk.

Vi dokumenterar som aldrig förr men har inte tillgång till aktuell information – den moderna informationsparadoxen

Utredningens arbete har bedrivits integrerat med uppdraget En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården (S 2013:14). Denna utredning har i uppdrag att analysera den administrativa bördan inom hälso- och sjukvården, detta mot bakgrund av flera signaler om att dokumentation och annan administration vuxit på bekostnad av andra arbetsuppgifter inom vården. Det råder samstämmighet avseende uppfattningen att omfattningen av dokumentationskrav inom hälso- och sjukvården är betydande. Motsvarande problematik inom socialtjänstens verksamheter har också förts fram till utredningen, dock är frågan inte lika utredd. Utredningen finner att det är något av en paradox att samtidigt som vården och socialtjänsten dokumenterar som aldrig förr så är tillgången till adekvat och aktuell information mellan parterna ett så stort problemområde.

Problem som rör informationsöverföring mellan olika parter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst har nyligen varit föremål för en utredning, utredningen om rätt information i vård och omsorg. Betänkandet *Rätt information på rätt plats i rätt tid* (SOU 2014:23) innehåller förslag som syftar till att förbättra informationsöverföringen mellan olika aktörer. Utredningen hänvisar till den problembeskrivning som framförs i ovan nämnda betänkande. Utredningen vill dock lyfta fram några aspekter som specifikt har påverkan på ledtiderna.

Samtliga landsting och kommuner har någon form av gemensamma IT-baserade verksamhetssystem för samordnad vårdplanering och informationsöverföring. De vanligaste systemen är Prator

och Meddix. Via dessa system skickas inskrivningsmeddelanden, kallelser till vårdplanering samt att upprätta och justera vårdplaner samt i viss utsträckning annan information som rör den aktuella patienten. Det är ett vanligt förekommande problem att uppgifter om omvårdnadsbehov och läkemedelsordinationer inte följer med från en instans i vård- och omsorgskedjan till nästa, eller blir starkt försenade. Det är exempelvis inte alltid möjligt att elektroniskt bifoga information som sammanfattningar av vårdtiden (epikriser) eller läkemedelsordinationer i det gemensamma IT-systemet. I stället förekommer det att dessa uppgifter överförs via post eller fax.

De IT-baserade informationssystemen som används för att planera den fortsatta vården efter utskrivningen är till för att förmedla information mellan sjukhuset, primärvården och kommunen. Dessa informationssystem är inte alltid integrerade med journal-systemen. Detta innebär att viktig information om patienten förvaras vid sidan av journalen och kräver dubbeldokumentation om informationen ska föras in i journalen. När uppgifter om vård och behandling ska återges på nytt finns det även en risk för att uppgifterna inte blir helt korrekta, vilket kan medföra patientsäkerhetsrisker. När personalen försöker lösa informationsöverföringen på andra sätt uppstår "vid sidan av"-lösningar som i sig utgör en risk för patientsäkerheten och är väldigt sårbar t.ex. vid personalbyte. Dessutom går mycket arbetstid åt att "reda upp" oklarheter i informationen.

Särskilt om överföring av information om läkemedel

Det är ett mycket vanligt förekommande problem att patienter saknar korrekt ordinationshandling för läkemedel vid utskrivning. Det skapar osäkerhet, och ett enligt utredningens bedömning, ett betydande merarbete för den kommunala vården och omsorgen att reda ut vilka läkemedel som patienten ska ha. En av de kommunala planeringssjuksköterskor som utredningen intervjuat uppger att ett sådant "utredningsmoment" tar minst en timme per patient – om allt går smidigt. Ett utredningsmoment där den kommunala personalen måste avvakta telefontider, får motstridiga uppgifter och reda upp i allmänt krångel kan ta flera timmar i anspråk. I situationer där

personalen inte får tag i ansvarig läkare måste annan läkare konsulteras varvid denne måste sätta sig in i patientjournalen innan oklarheter kring läkemedelslistan kan klaras ut. Det skapar givetvis ett merarbete även för den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården. Vidare förekommer också att den läkare som förskrivit läkemedel i slutenvården inte tagit ställning till om administration av läkemedlet kan utföras som egenvård. Att bringa klarhet i detta blir också en uppgift för berörda kommunala enheter och som tar onödig tid.

Utredningen har tagit del av forskningsresultat som kommer att redovisas i en doktoravhandling av Sofi Nordmark vid Institutionen för Hälsovetenskap, Luleå tekniska universitet.³ I en av delstudierna framkommer att ett återkommande problem vid utskrivningssituationen var att sjukhusläkarna inte uppdaterade patientens läkemedelslista i samband med utskrivningen trots påtryckningar. Distriktsläkarna vägrade att skriva ut recept för läkemedel sjukhuset satt in eller ändrat. Distriktssköterskan fick själv söka information om aktuella läkemedel genom telefonkontakt med vårdavdelningen där sjuksköterskorna försökte vara behjälpliga så gott det gick. Konsekvenser blev utebliven/ försenad medicinering eller fel dosering för patienten till dess recept m.m. var ordnat. Denna process var tidskrävande för distriktssköterskorna och innebar en osäkerhet i läkemedelshanteringen.

Informationen hinners inte med vid snabba utskrivningar

Vid snabba utskrivningar, särskilt på kvällar eller helger, förekommer att informationen inte når ansvariga inom berörda verksamheter i tid, t.ex. hemtjänstpersonal. Det kan innebära att patienter med ett förändrat och försämrat hälsotillstånd inte tas emot av någon i hemmet eller blir utan hjälpmedel eller inte vet vilka läkemedel som ska tas. I glesbygdskommuner kan det dessutom uppstå

³ Publicerade artiklar; Nordmark, S., Söderberg, S., & Skär, L. Information exchange between registered nurses and district nurses during the discharge planning process: cross-sectional analysis of survey data. *Informatics for Health and Social Care* 2015; 40(1):23-44. Nordmark, S., Zingmark, K., & Lindberg, I. Experiences and Views of the Discharge Planning Process Among Swedish District Nurses and Home Care Organizers: A Qualitative Study. *Home Health Care Management & Practice* 2015 Online First doi: 10.1177/1084822315569279.

svårigheter att snabbt få tag på hjälpmedel och läkemedel när det är långt till närmaste öppna apotek eller hjälpmedelscentral.

Överenskomna rutiner efterlevs inte

Enligt nu gällande föreskrifter i 2 kap 3 § (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård ska huvudmännen överenskomma om rutiner för informationsöverföring. I tillsynen under 2012 konstaterades att alla granskade kommuner, landsting och sjukvårdsregioner hade gemensamma avtal och rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information.⁴ Under 2010 var det 90 procent av verksamheterna som hade motsvarande rutiner. Däremot uppfattar utredningen att efterlevnaden av överenskomna informationsöverföringsrutiner brister. Detta ger upphov till missförstånd och merarbete och att patientsäkerhetsrisker uppstår. Utebliven eller felaktig information gör att ledtiderna påverkas, berörda aktörer får inte den information de behöver för att kunna agera i tid.

Informationsöverföring till privata utförare

I de fall verksamheter drivs av annan huvudman (det kan t.ex. gälla vårdcentraler) försvåras informationsöverföringen om de inte är anslutna till det databaserade informationssystemet där informationsöverföringen sker. Detta innebär risk för att information inte når fram till alla parter som skulle behöva informationen. Utredningen har mottagit exempel som tyder på att det förekommer att de befintliga rutinerna inte är tillräckliga eller att de inte följs när det gäller informationsöverföring till privata utförare. Detta gäller landstingsfinansierade verksamheter såväl som kommunfinansierade. Det är oklart vad detta beror på men en förklaring som delgivits utredningen är att rutinerna för informationsöverföring kan vara "gamla" och inte hängtt med i den utveckling som varit där fler verksamheter drivs i privat regi. Möjligen kan detta också hänga samman med det faktum att valfrihetsreformerna kom något

⁴ IVO, Äldre efterfrågar kontinuitet, s 18.

år efter att Socialstyrelsen utkommit med föreskrifterna som innehöll kraven på gemensamma rutiner för informationsöverföring.

Utredningen har tagit del av exempel på problem vid utskrivningssituationen som rör personer som har assistansersättning enligt Socialförsäkringsbalken och som har annan anordnare av den personliga assistansen än kommunen. Även i dessa fall tycks informationsöverföringen mellan kommun och slutenvård till den privata assistansanordnaren vara bristfällig, det saknas underlag som närmare belyser denna problematik. En förklaring som framförts till utredningen gör gällande att personer med assistansersättning inte "är kända av kommunen" och därför "tappas bort" i den vidare hanteringen av information. Personer som har statlig assistansersättning är givetvis i visst avseende alltid kända av kommunen då kommunen alltid betalar en avgift till Försäkringskassan för de 20 första timmarna av den av Försäkringskassan beviljade assistansersättningen. Dock kan detta i många fall vara en rent administrativ åtgärd om personen inte har några andra pågående insatser från kommunen. En risk med den uteblivna informationen till assistansanordnaren är att den personliga assistansen inte hinner ordnas i tid när patienten skrivs ut.

Vad som är relevant information och hur den uppfattas är inte alltid självklart

I ovan nämnda kommande avhandling av Sofi Nordmark, se avsnitt 5.3.4, finns forskningsresultat som visar att det råder oklarheter gällande informationsutbytet vid processen för samordnad vårdplanering. Både sjuksköterskor i slutenvård och distriktssköterskorna inom hemsjukvården gav uttryck för svårigheten att veta vilken patientrelaterad information som efterfrågas av den andra parten. De gav också uttryck för att inte heller erhålla den information man förväntat sig att få från den andra parten. Forskningsresultaten visar en signifikant skillnad mellan upplevd given och mottagen patientrelaterad information mellan de bägge grupperna. Störst var skillnaden mellan given och mottagen information vid inskrivningen där det framkom signifikanta skillnader för 20 av 21 informationsområden. Vid själva vårdplaneringskonferensen där distriktssköterskan lämnade information och sjuksköterskan mottog den framkom signifikanta skillnader för 11 av de 21 informa-

tionsområdena. Å andra sidan framkom det inga signifikanta skillnader för 17 av de 21 informationsområdena när sjuksköterskan lämnade information och distriktssköterskan mottog den vid vårdplaneringskonferensen. Vid utskrivningen framkom inga signifikanta skillnader mellan den information sjuksköterskan upplevde att hon lämnade och distriktssköterskan upplevde att hon mottog. I samma delstudie framkom också att störst diskrepanser mellan vilken patientrelaterad information som upplevdes lämnad respektive mottagen var för den elektroniskt överförda jämfört med på papper eller muntligt. För information som utbyttes elektroniskt var det signifikanta skillnader mellan given och mottagen information för 17 informationsområden av 21, medan det bara fanns signifikant skillnad för ett informationsområde för information utbytt via papper. Det framkom inga signifikanta skillnader för muntligt utbytt information.

5.3.5 Olika verksamheter regleras enligt olika lagstiftningar med olika målsättningar och former för beslutsfattande

I vården och omsorgen av patienter med komplexa behov behövs insatser som ges enligt olika lagstiftningar, SoL (och i förekommande fall även LSS) samt HSL. Dessa lagar är har olika målsättningar och olika utgångspunkter i sin syn på människan och dess behov. Insatser enligt SoL präglas av en administrativ utredningsprocess och formella beslut där den sociala aspekten dominerar och vårdbehovet står i bakgrunden, medan HSL har helt andra processer för bedömning av behov och lämplig insats och där personalen har personligt ansvar genom legitimation. Socialtjänstlagen är en ramlag med inslag av rättighetslagstiftning och med ett betydligt större inslag av rättssäkerhetsaspekter än HSL. De båda lagstiftningarna har olika termer och begrepp, olika dokumentations-skyldigheter i olika journaler, olika behörigheter att läsa andra parters journaler. Utredningen finner det inte möjligt att med exakthet härleda att parallella lagstiftningar som anges ovan påverkar ledtider men kan konstatera att det sammantaget finns skäl att tro att de parallella lagstiftningarna sannolikt försämrar möjligheten något att vid utskrivningssituationen åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg för patienter som behöver insatser från båda huvudmännen. I utskrivningssituationen blir detta tydligt då

konflikter kan uppstå mellan kommunala företrädare och personal i slutenvård i bedömningar av vad som är ”patientens bästa” och hur vård och omsorg ska tillgodoses efter slutenvårdstiden.

Socialtjänstinsatser måste biståndsbedömas

Bestämmelser om handläggning och dokumentation av ärenden gällande bistånd i socialtjänstlagen finns främst i 11 kap. SoL, förvaltningslagen (1986:223), förkortad FL, och lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, förkortad SoLPuL. Ytterligare bestämmelser finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. Enligt 7 § FL ska varje ärende där någon enskild är part handläggas så enkel, snabbt och billigt som möjligt utan att säkerheten eftersätts. När det gäller frågan om hur en kommun kan handlägga ärenden enkelt och samtidigt rättssäkert kan vägledning hämtas i officialprincipen. Förvaltningsmyndigheter har sedan gammalt ansetts ha ett ansvar för att ett ärende blir tillräckligt utrett. Det innebär att nämnden har ansvar för att utredningen blir så fullständig som krävs för att nämnden ska kunna fatta ett beslut i det aktuella ärendet. Samtidigt är det viktigt att utredningen inte görs mer omfattande än vad som är motiverat av omständigheterna i ett ärende eller en viss typ av ärenden. Förutom att ge nämnden ett korrekt och fullständigt beslutsunderlag syftar utredningen både till att garantera den enskilde rättsäkerhet och insyn i utredningen samt till att utgöra en grund för genomförandet av beslutad insats. Utredningen och beslutet ska också kunna utgöra underlag för uppföljning av beslut samt vid revision.

Biståndsbedömningen i sig påverkar i viss mån ledtider

Ärendehantering enligt SoL (och LSS) är mer administrativt tungrodd än beslutsfattande och handläggning enligt HSL. Det ligger således i sakens natur att socialtjänstens beslutsfattande är långsammare än hälso- och sjukvårdens beslutsfattande. Dock ska framhållas att kommunerna också har en möjlighet att fatta beslut om insatser medan man gör en mer omfattande utredning av behoven

dvs. en form av interimistiskt beslut. När det gäller vården av utskrivningsklara patienter är situationen ofta så att hälsotillståndet är osäkert och behoven kan komma att skifta snabbt, från dag till dag och ibland från timme till timme. Kommunen behöver därför i sitt beslutsfattande ”ta höjd” för att de insatser som beviljas snabbt kan anpassas till den enskildes behov.

En fråga som aktualiseras är hur allmänt hållet ett sådant beslut får vara och i vilken utsträckning kommunerna har möjlighet att fatta så kallade förenklade biståndsbeslut. Rättsläget är något oklart avseende hur detaljerat ett rambeslut måste vara för att uppfylla kraven på rättssäkerhet. Exempelvis har Socialstyrelsen framfört tveksamheter avseende lagligheten i sådant beslutsfattande. Justitieombudsmannen, JO, anger i ett beslut:⁵

Jag har ingen erinran mot att det i själva beslutet hänvisas till en arbetsplan som finns dokumenterad i beslutshandlingen. Det är emellertid viktigt att det av beslutshandlingen tydligt framgår vad som har beslutats. När det gäller sådan omvårdnad som här är fråga om kan hjälpbehovet självklart variera med korta mellanrum. Det är därför viktigt att det i ärendet som detta finns en möjlighet till flexibilitet under verkställigheten av ett biståndsbeslut. Jag är därför beredd att i sådana biståndsbeslut godta att biståndsinsatsen inte alltid anges så specificerat som krävs i andra fall. I beslutet bör det emellertid alltid framgå vad insatsen innebär i praktiken.

Samtidigt anger JO att

Endast om sådan information lämnas kan den enskilde och domstolen avgöra om biståndsbeslutet har gått sökanden emot eller inte.

Om nämnden använder sig av rambeslut kan nämnden inte följa upp att den enskilde får det stöd han eller hon är behövt och om insatsen ger en skälig levnadsnivå.

Allt fler kommuner provar också alternativa modeller, s.k. förenklad handläggning eller förenklad biståndsbedömning, för att fatta beslut om och ge hjälp med service och omvårdnad i hemmet. Syftet är att förenkla processerna genom att minska inslaget av utredning och beslut till grupper av brukare som ändå antas komma att beviljas insatser, administrationen minskar och resurser kan läggas på andra saker. Enligt en kartläggning som Myndigheten för

⁵ Beslut den 6 april 2000, dnr 699-1999.

vårdanalys genomfört framgår att det finns stora skillnader i hur olika kommuner har valt att arbeta för att förenkla möjligheterna att få hjälp i hemmet samt i fråga om vilken flexibilitet och möjlighet till brukarinflytande som erbjuds vad gäller tjänsternas innehåll och utformning.⁶ En av de vanligaste anledningarna till att kommuner avvaktar med att införa förenklade modeller för biståndsprövning är att rättsläget upplevs som osäkert. Regeringen beslutade den 9 januari 2014 att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag till åtgärder som främjar äldre hälsa, trygghet och självbestämmande och däri ingick uppdraget att se över de juridiska möjligheterna med så kallad förenklad biståndsprövning.⁷ Utredningen lades ned genom regeringsbeslut den 30 oktober 2014.

Kommuner som arbetar snabbt och flexibelt uppger till utredningen att de ”nog ligger på gränsen för vad som är juridiskt korrekt” men har ändå hittat flexibla arbetssätt som fungerar. I dagens situation när patienterna generellt sett har betydligt större vård- och omsorgsbehov än förr, kan hälsotillstånd och därmed behov skifta snabbt. Det är enligt utredningens mening därför angeläget att säkerställa att regelverket ger tillräckligt utrymme för att behov av flexibla arbetssätt i biståndsbedömningen kan tillgodoses.

Kommunens möjlighet att fatta beslut utanför kontorstid

Utredningen har fått exempel på att ledtider kan påverkas av att kommunala biståndsbedömare inte är i tjänst vissa tider, beslutsfattandet skjuts upp tills biståndsbedömare är i tjänst. Kommunerna har dock redan idag långtgående möjligheter att delegera beslutsfattande till personal som är i tjänst även utanför kontorstid. Med delegation menas överföring av beslutanderätten till organ eller person som är underställd nämnden. Ett beslut som är fattat på delegation betraktas som ett beslut av nämnden. Regler om delegation finns SoL och i 6 kap. 33–38 §§ kommunallagen (1991:900), förkortad KL.

Nämnden har en stor frihet att besluta om delegation. En nämnd får uppdra åt ett utskott, ledamot eller ersättare eller anställd att

⁶ Vårdanalys PM 2013:2.

⁷ Dir. 2014:2.

besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden (6 kap. 33 § KL). Det är således fullt möjligt att redan i dag delegera beslutfattande till personal som är i tjänst utanför kontorstid men kommunerna har olika tradition och vana av att delegera sådant beslutsfattande till andra personalkategorier än biståndsbedömare. Möjligen skulle ändrade arbetssätt i detta avseende kunna medverka till kortare ledtider.

5.4 Påverkan på ledtider som härrör till dagens konstruktion av Betalningsansvarslagen

Den konstruktion av betalningsansvarslagen som gäller i dag skapades för att möta de problem man identifierade vid lagens tillkomst och vid de tillfällen lagens reviderats, framförallt lagändringarna 2003. Det ekonomiska incitament som betalningsansvarslagen utgör var således anpassade till förhållanden som rådde då respektive de problem som identifierades som mest angeläga att åtgärda vid revideringen 2003.

5.4.1 Lagens konstruktion med fristdagar innan betalningsansvaret inträder förlänger i sig ledtiderna

Fristdagarna i sig är egentligen bara gränserna för betalningsansvaret, ändå uppfattas de mycket ofta som en "tillåten väntetid". Det är enligt utredningens uppfattning en olycklig följd av att överhuvudtaget ha fristdagar innan betalningsansvarets inträde i själva lagen. Den självklara målsättningen ska vara att patienten ska lämna slutenvården så snart som möjligt, eftersom det är inte god vård att vårdas i slutenvård när hälsotillståndet medger vård i öppna former. Utredningen menar att fristdagar i sig får effekten att inställningen tenderar att bli att mottagande enheter "har fem vardagar/trettio vardagar på sig" och i situationer där man annars inte skulle behöva ta i anspråk fristdagar gör man det i alla fall för att man ändå är inom "den bortre gränsen".

Till utredningen har framförts uppgift om att eftersom fristdagarna är så många för patienter i psykiatrisk vård så undviker vissa slutenvårdsenheter att tillämpa bestämmelserna om vårdplanering i BAL. Vid en tillämpning av BAL kan patienterna bli

kvar väldigt länge i slutenvård efter att de bedömts som utskrivningsklara. Dessa patienter skrivs i stället ut med utebliven vårdplanering. Alltför generösa fristdagar utgör således i sig en risk för att regelverket inte blir rationellt att tillämpa i den praktiska vardagen. Erfarenheter från Norge visar att antalet patienter som det skickas inskrivningsmeddelande för ökade när man genomförde reformen trots att själva målgruppen för lagen i formell mening inte ändrats. En tänkbar förklaring är att man i Norge sänkte fristdagarna för betalningsansvaret från 10 dagar till en dag dvs. de ekonomiska incitamenten för att tillämpa lagen på alla patienter stärktes.⁸

5.4.2 Dagens konstruktion av betalningsansvarslagen ger inte tillräckliga incitament för primärvård/öppenvård att delta i vårdplaneringar

Utredningens uppfattning är att primärvård/öppenvård mycket sällan aktivt deltar i planeringsarbetet runt den enskilde patienten i själva utskrivningssituationen. I dagens konstruktion av lagen saknas ekonomiska incitament för primärvård eller annan öppenvård att delta i planeringen. Sålunda har vårdplaneringsprocessen i stor utsträckning utvecklats till ett slags tvåpartsförhållande – slutenvård och kommun. Slutenvårdens ansvar tar emellertid i regel slut efter utskrivning, planeringsarbetet med den part som övertar det medicinska ansvaret för patienten, dvs. primärvård eller annan öppenvård, riskerar att bli bristfälligt. Detta är enligt utredningens mening en mycket olycklig konsekvens av dagens konstruktion av lagen såväl avseende ledtider som för den kvalitet patienterna får i vården efter utskrivning från sjukhuset.

Det saknas statistik över hur stor andel av vårdplaneringarna som genomförs med representanter för öppenvård/primärvård. Av IVOs tillsynsrapport *Äldre efterfrågar kontinuitet, Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013* s 16 framför myndigheten att de mött representanter för den öppna vården som gett uttryck för att den samordnade vårdplaneringen är en kommunal angelägenhet. Utredningen bekräftar denna bild. Utred-

⁸ Grimsmo, Anders (2013): Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? Sykepleien Forskning nr 8 (2) s. 154.

ningen har träffat ett stort antal kommuner och tagit del av av-identifierade vårdplaneringar och den samlade bilden är att primärvården/öppenvård mycket sällan deltar aktivt i upprättandet av vårdplaner. Motsvarande iakttagelser finns även i andra undersökningar.

De lagändringar som genomfördes 2003 syftade till att stärka incitamenten för samverkan och att planeringen runt den enskilde patienten skulle förbättras. Skälet var att det uppmärksammats omfattande fanns brister i samverkan mellan den slutna vården, primärvården och socialtjänsten när en patient skrevs ut från sjukhus. Lagändringarna innebar att kraven på en gemensam vårdplanering skärptes. Två år senare kompletterades regelverket med Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. I samband med lagändringarna 2003 infördes en bestämmelse i 11 a § BAL som innebär att om de insatser som landsinget ansvarar för enligt 10 d § den upprättade vårdplanen inte kan utföras så inträder inte något betalningsansvar för kommunen. Eftersom öppenvården/primärvården sällan är med och upprättar någon vårdplan dvs. landstingets insatser efter slutenvårdstiden är inte dokumenterade i vårdplanerna, så blir denna bestämmelse verkningslös. Utredningen känner till några enstaka fall där kommunens betalningsansvar inträtt men där fakturorna makulerats pga. av att landstingets öppenvård inte kunnat utföra sin del av vården.

Utredningen drar slutsatsen att den ambition som låg bakom lagförändringarna 2003 om att skapa starkare incitament för samverkan inte riktigt infriats.

Primärvården är, såvitt utredningen erfar, så gott som alltid mottagare av inskrivningsmeddelanden, kallelse till vårdplanering och annan information från slutenvården via de IT-baserade verksamhetssystemen. Det är mycket vanligt att primärvården avstår från att delta i vårdplanering. Primärvården/öppenvården kvitterar mottagen information och det är inte ovanligt att representanter för primärvården justerar vårdplanen och därmed övertar ansvaret för vården utan att ha fullständig information från den slutna vården om patientens behov. Läkaransvaret vilar alltid på landstinget och det är angeläget att fastställa det medicinska ansvaret innan patienten skrivs ut från slutenvården. Det är dock inte alltid nödvändigt att läkaren deltar på plats vid vårdplaneringen. Det

kan exempelvis räcka med att primärvårds- eller öppenvårdsläkaren får del av information om patientens hälsotillstånd och fortsatta behov av medicinska insatser, för att kunna fatta beslut om att överta ansvaret.

När det gäller bestämmelserna om vårdplanering hamnar fokus i dag alltför mycket på betalningsansvaret och inte på det som bestämmelserna egentligen syftar till.

5.4.3 Dagens regelverk runt vårdplanering är anpassad till en annan tid och fungerar alltför dåligt i dag

Som BAL är konstruerad i dag styr de ekonomiska incitamenten till att vårdplanen upprättas under sjukhusvistelsen. Detta kan vara adekvat för vissa patienter och mindre bra för andra. Slutenvården har incitament att vårdplanen upprättas tidigt eftersom kommunens betalningsansvar är knutet till upprättandet av vårdplanen. Därigenom tas egentligen inte hänsyn till *när i tid* vårdplaneringen skulle vara mest optimal för den enskilde och att den utformas som en process där stegen tas när det är ”rätt” tillfälle i patientens återhämtningsprocess.

FoU i Väst har i rapporten *Onödig slutenvård av sköra äldre – En kunskapsöversikt* presenterat forskningsläget kring varför sköra äldre vårdas på sjukhus i onödan och berört ämnet planering av patientens vård och omsorg.⁹ En sammanfattning av relevant forskning visar att hur lång och omfattande vårdplaneringsprocessen är, liksom när i tiden den sker, förefaller ha betydelse för dess effekter. Vårdplaneringsprocesser som omfattar uppföljning i patientens hem efter utskrivning har visat sig minska risken för återinläggning av sköra äldre patienter, medan vårdplaneringsprocesser som avslutas på sjukhuset utan sådan uppföljning inte påverkar återinläggningsfrekvensen. I flera studier dras slutsatsen att en väl fungerande och effektiv vårdplanering inte kan ske genom ett enda vårdplaneringsmöte i slutet av patientens sjukhusvistelse. I stället behöver planeringsprocessen starta redan vid inläggningen. Andra studier pekar på att den sköra äldre patienten många gånger är förvirrad vid inläggningen på grund av den nya omgivningen liksom

⁹ FoU i Väst Onödig slutenvård av sköra äldre - En kunskapsöversikt s 32-33.

av smärta, oro och nedsatt allmäntillstånd, vilket gör att patienten inte är mottaglig för information. Vid planerade inläggningar bör vårdplaneringen därför redan börja i hemmet innan sjukhusvistelsen. Det finns ofta brister i vårdplaneringsprocessen, bland annat för att kommunikationen mellan slutenvårdens och öppenvårdens personal är otydlig och otillräcklig, viktig information inte delges nästa vårdgivare eller på grund av att patienten och anhöriga inte känner sig delaktiga.

Ovan nämnda kommande avhandling av Sofi Nordmark, se avsnitt 5.3.4, innehåller forskningsresultat baserade på intervjustudier med sjuksköterskor, distriktssköterskor och biståndshandläggare där det framkom det att inte vid någon vårdenhet som ingått i studierna var det den behandlade läkaren som initierade eller utförde kontakten med primärvård eller kommun rörande samordnad vårdplanering. Den enda kontakten var att de dikterade den medicinska epikrisen i samband med utskrivningen. Resultaten visar också att den samordnade vårdplaneringen fungerade bäst vid de vårdavdelningar på sjukhuset som hade en specifik sjuksköterska som vårdplanskoordinator. De sände inskrivningsmeddelande, kallelse och utskrivningsmeddelande i utsatt tid. De kom väl förberedda till vårdplaneringskonferensen och hade tid att medverka vid hela konferensen. Vid de avdelningar där ansvaret för den samordnade vårdplaneringen vilade på alla sjuksköterskor skickades ofta meddelande dagar eller veckor efter utsatt tid till distriktssköterskan och biståndshandläggaren. Det gjorde att de inte alltid visste var patienten befann sig och därför utförde onödiga hembesök då patienten var inskriven vid sjukhuset eller missade hembesök för att de inte visste att patienten kommit hem. Detta skapade oro hos patienterna. Specifika frågeställningar och svårigheter som sjuksköterskorna, distriktssköterskorna och biståndshandläggarna har lyft är att BAL genomgående anger att den behandlande läkaren är den som ska initiera inskrivningsmeddelande, kalla till vårdplanering och genom utskrivningsmeddelande underrätta berörda enheter. I realiteten är det genomgående sjuksköterskorna vid vårdavdelningarna som initierar och utför ovanstående. Det har renderat frågetecken kring om det kräver det delegering eller om tanken med lagstiftningen verkligen är att det är den behandlande läkaren som praktiskt ska utföra arbetet. En annan vanlig frågeställning som enligt studien vällar

diskussioner är att BAL anger att vårdplaneringen ska påbörjas senast dagen efter kallelsen mottagits – men vad avses med påbörjad? Om en elektronisk kallelse är skickad och kvitteras av mottagande enhet, är då vårdplaneringen påbörjad? Här är det fritt för tolkning och de olika parterna har ofta olika uppfattning om vad som avses vilket skapar problem och förseningar i den samordnade vårdplaneringsprocessen. Vårdplanen är upprättad då den är justerad av ansvariga enheter, men vad avses med ansvariga enheter? Om ansvariga enheter avser de enheter som har planerade insatser efter utskrivningen innebär det rent praktiskt att slutenvården vid flertalet av patientfallen inte behöver justera vårdplanen då slutenvården inte har några planerade insatser efter utskrivningen. Vidare ger BAL ingen vägledning när i tid slutenvården kan kalla till vårdplanering. Nu kallar de ofta alldeles för tidigt enligt distriktssköterskor och biståndshandläggare. Patienten kan vara förvirrad av operation, smärtlindring och miljöombytet och ej kunna redogöra för vare sig sina behov eller resurser vilket medför stora svårigheter att planera för utskrivning och hemgång. Ett annat problem enligt Sofi Nordmarks studie, är den sparsamma information som medföljer kallelsen, ofta bara namn, personnummer, vårdavdelning, datum och tid för föreslagen vårdplanering. Ingen information om patientens aktuella hälsotillstånd eller förväntade hälsotillstånd vilket gör att distriktssköterskan och biståndshandläggaren ofta inte vet vad de möter eller ska planera för. De kan inte förbereda sig inför mötet på ett bra sätt som skulle gagna patienten. Detta är tids- och resurskrävande och inte helt ovanligt att det kräver ny vårdplanering senare i vårdförloppet eller att det planeras in för mycket insatser som sedan patienten själv säger bort i samband med hemkomsten.

Vårdplanering som sker för tidigt skapar merarbete

Vid tiden för BALs tillkomst och även då kraven på vårdplanering skärptes 2003 var de genomsnittliga vårdtiderna längre och därmed fanns också mer tid för att planera för den enskildes fortsatta vård och omsorg. Nya metoder har inneburit att vårdtiderna har kortats ned och alltmer av den vård och behandling som tidigare krävde den slutna vårdens resurser kan skötas i öppenvård. Bestämmel-

serna om vårdplanering och informationsöverföring är enligt utredningens uppfattning inte helt adekvata för att möta dagens förhållanden. Motsvarande synpunkter har framförts av IVO.¹⁰

Berörda enheter inom både kommuner och landsting har ”anpassat sig” efter dagens regelverk. Slutenvården försöker ”skynda på” förloppet för att patienten inte ska bli kvar på sjukhuset när patienten är utskrivningsklar. Eftersom nu gällande konstruktion med betalningsansvar utgår från upprättande av vårdplan ligger det i slutenvårdens intresse att vårdplanen blir upprättad snabbt. I dag är det vanligt att vårdplaneringen görs parallellt med den medicinska utredningen och behandlingen. Det är därför vanligt att det vid vårdplaneringstillfället inte går att fastställa vilka läkemedel, behandlingar, hjälpmedel eller andra insatser som patienten kan behöva vid utskrivning. Patientens behov kan dessutom förändras till och med flera gånger mellan vårdplaneringstillfället och utskrivningsdagen. Det leder till tidsspill för alla berörda parter eftersom vårdplaneringen måste revideras och om det dessutom är rutin att kommunen och/eller primärvården vårdplanerar fysiskt på plats i slutenvården sker betydande tidsspill.

En del av syftet med den gemensamma vårdplaneringen med berörda parter består i att upprätta en vårdplan som ska vara det instrument som mottagande verksamhet behöver för att förbereda och genomföra vård och omsorg när patienten skrivs ut från sjukhuset. Även om vårdplanen oftast överförs samma dag som patienten skrivs ut ger den i regel knapphändig information och ger inte en tydlig bild av vad patienten behöver av fortsatta insatser och hjälpmedel efter utskrivning från den slutna vården och fyller därför i praktiken inte riktigt detta syfte.

Vårdplaneringar som görs under tiden patienten är kvar på sjukhuset tenderar att bli relativt kortsiktiga. Med så korta vårdtider som råder i dag är det ofta vid planeringstillfället att få en adekvat uppfattning av vård och omsorgsbehovet på lite längre sikt än några dagar. Utredningen har genom stickprov i tre kommuner ställt frågan i vilken omfattning kommunen anser att vårdplaneringen görs för tidigt och måste göras om när patienten kommit hem. En kommun uppskattade att detta skedde i 60 procent av alla fall och en annan kommun uppskattade att det i ungefär hälften av alla fall

¹⁰ IVO Äldre efterfrågar kontinuitet, s 15.

vårdplaneras ”för tidigt”. Den tredje kommunen arbetade ofta enligt ett annat arbetssätt med vårdplanering i hemmet och denna kommun uppgav att vårdplaneringen sker för tidigt i 20–25 procent av fallen dvs. lägre än de andra tillfrågade kommunerna. Detta kan givetvis vara en slump men stämmer överens med utredningens samlade intryck.

Det finns exempel på kommuner som mer eller mindre rutinmässigt först ”tar hem patienten” och att vårdplaneringen därefter sker i den enskildes hem efter några dagar. Skälen till detta är flera men en viktig faktor är att det är lättare att bedöma patientens behov av insatser när hälsotillståndet stabiliserats något och patienten fått vistas någon dag i sin hemmiljö. Många uppger att insatserna träffar mer ”rätt” när man kan planerar utifrån patientens vardagsmiljö och patientens funktionsförmåga i vardagen. Vidare är det lättare att på plats bedöma vilka behov av hjälpmedel som den enskilde har och hur hjälpmedlen fungerar i den enskildes hemmiljö.

Patienten ska erbjudas att delta i vårdplaneringen. Det kan dock uppstå svårigheter i praktiken kring detta. Under tiden i slutenvården kan patienterna ha ett så nedsatt allmäntillstånd att de inte orkar delta i vårdplaneringen. Vistelsen i slutenvården innebär också att patienten är i ett underläge visavi de professionella. I bästa fall finns en anhörig som kan delta och föra patientens talan. Upplevelsen av ”underlägessituation” visavi de professionella kan minska när den enskilde får befinna sig på hemmaplan vid vårdplaneringstillfället.

Sammantaget ger detta bilden av att när lagen styr mot att vårdplanering genomförs under tiden på sjukhus så fyller ett juridiskt syfte med anhängiggörandet av betalningsansvaret men dess verkliga betydelse som planeringsdokument i patientens fortsatta vård och omsorg måste ifrågasättas. Utredningens uppfattning är att vårdplaneringar som görs efter tiden i slutenvård och i patientens hem ofta blir mer genomarbetade och adekvata.

5.4.4 Vårdplaneringen genomförs inte med alla relevanta kompetenser

Oavsett om patienten bor i ordinärt eller särskilt boende har personer inom lagens målgrupp så gott som alltid behov av insatser från många olika aktörer. Insatserna behöver koordineras för att komma i rätt tid och i rätt mängd och olika aktörer behöver ha kännedom om vad andra aktörer gör för den aktuella patienten. Samordnad planering är nödvändigt för att skapa förutsättningar för att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg med en helhetssyn på patientens behov. Denna typ av helhetstänkande runt patienten är väldigt svår att få till med stöd av betalningsansvarslagens bestämmelser om vårdplanering då lagen styr mot att planeringen görs under slutenvårdstiden.

Vårdplaneringen är tänkt att utmynna i ett helhetsgrepp om den enskildes vård och omsorgsbehov. Var och en av de berörda parterna ska givetvis först göra sin respektive bedömning av behoven och vilka insatser som ska ges. Vid vårdplaneringstillfället sker den samplanering och koordinering av de samlade insatserna som ska blida helheten. Det är viktigt att alla berörda aktörer och kompetenser deltar i vårdplaneringen. Av författningskommentarerna till propositionen 2002/03:20 s 41–42 framgår följande:

Utifrån patientens behov av insatser behöver personal med olika kompetens delta i den samordnade vårdplaneringen. Det är då viktigt att komma ihåg att en patient oavsett sin ålder kan ha behov av rehabiliterande insatser och hjälpmedel. Personal som svarar för detta i den öppna hälso- och sjukvården måste därför delta i vårdplaneringen.

Som nämnts tidigare är det vanligt att primärvård/öppenvård inte deltar i vårdplaneringen på sjukhus. Det är mycket vanligt att det är sjuksköterska vid slutenvården och biståndsbedömare från kommunen som genomför vårdplaneringen. Vid planeringen av patientens fortsatta vård och omsorg efter utskrivning från slutenvård missas ofta patientens behov av rehabilitering, men även förskrivning av hjälpmedel och denna information följer inte med patienten från slutenvården. Behovet uppdagas heller inte alltid under vistelsen på sjukhuset och det är inte ovanligt att ett förändrat hälsotillstånd hos patienten uppmärksammas först vid hemkomsten. För att få information om behoven och planeringen för patienten är det

vanligt att fysioterapeuter och arbetsterapeuter själva tar kontakt med de olika aktörerna efter utskrivning.

På en del håll förekommer att vårdplaneringen genomförs av team från slutenvården och/eller kommunen. Där kompletteras sjuksköterska och biståndsbedömare ofta av fysioterapeut och/eller arbetsterapeut.

En vårdplanering blir inte det effektiva samverkansverktyg som lagstiftaren avsett om inte den genomförs med alla relevanta kompetenser. Utredningens uppfattning är att vårdplanering på sjukhus ofta genomförs utan att alla nödvändiga kompetenser är med. Detta har sannolikt ingen påverkan på ledtider, istället påverkas den kvalitet som patienten får i helheten av vården och omsorgen. Den sammantagna bilden är att insatserna i hög grad ges i stuprör dvs. avskilda från varandra och utan att hänga ihop till en helhet. Utredningens bedömning är att det är ofta är lättare att samla olika kompetenser om vårdplaneringen sker lite senare i procesen. Det har framförallt praktiska orsaker, det kan behövas några dagars framförhållning innan alla kan samlas till vårdplanering oavsett om detta sker i den enskildes hem eller på distans via tekniska lösningar.

5.4.5 Planeringsprocessen startar för sent

Planeringsprocesserna startar ibland sent i förloppet. Med planeringsprocesser avser vi såväl den planering som den kommunala förvaltningen och de utförande enheterna måste göra i sin respektive verksamhet och planeringsarbete som den landstingsfinansierade öppenvården eller primärvården måste göra samt det planeringsarbete som berörda aktörer måste göra tillsammans. Att planeringsarbetet fördröjs kan ha en mängd olika orsaker eller kombinationer av orsaker. En orsak kan vara att inskrivningsmeddelandet kommer sent eller att kallelse till vårdplanering sker sent i förloppet vilket pressar kommuneras planeringstid.

Hur vårdplaneringarna förbereds och vilken information man delar med varandra inför en vårdplanering regleras i de lokala överenskommelserna. Det förekommer att kommunens biståndsbedömare får information om patienten först vid vårdplaneringstillfället, då kan det ha passerat flera dagar i händelseförloppet och

patienten kan t.o.m. vara utskrivningsklar. En annan orsak till att planeringsarbetet startar sent är att som lagen ser ut i dag ska inskrivningsmeddelandet inte innehålla någon information om patienten utöver namn, personnummer och adress. Dagens lagstiftning 10c § anger att vårdplaneringen ska påbörjas senast dagen efter det att kallelsen mottagits. Vidare står i specialmotiveringen till inskrivningsmeddelandet (prop. 2002/03:20 s. 42) att "Översändandet av meddelandet innebär dock inte att en vårdplanering inletts". Det kan inte uteslutas att detta har bidragit till att en viss förskjutning av planeringsstarten. Utredningen anser att det naturliga är att startpunkten för planeringsarbetet avseende patientens fortsatta vård är i samband med att patienten skrivs in i slutenvård och ett inskrivningsmeddelande skickats, se avsnitt 7.4.1.

Det förekommer att slutenvården inte följer gällande rutiner om inskrivningsmeddelande vilket kan göra att inskrivningsmeddelande och kallelse till vårdplanering kommer samtidigt. Det förekommer också att inskrivningsmeddelande inte alls skickas. Det ställer till bekymmer för de mottagande enheterna som får väldigt lite planeringstid. Detta kan t.ex. förekomma i situationer där patienten är en så kallad utlokaliserad patient och vårdas på annan avdelning än den som har den medicinska specialitet där patienten bort vårdas.

5.4.6 Diverse praktiska tillämpningsproblem finns och kan ha viss betydelse för ledtider

Nuvarande lagstiftning har i viss mån föråldrad terminologi som i viss begränsad utsträckning kan ge tolkningsproblem. Dessa har i något fall föranlett tvister som påverkat ledtider. En kommun har betalningsansvar för patienter *vid enheter för somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård eller psykiatrisk vård* inom landstingets slutna hälso- och sjukvård men tidsfrister och belopp är olika. Utredningen har tagit del av exempel på att patienter som vårdats i psykiatrisk vård skrivits in i somatisk och geriatrisk vård för att därigenom undvika den långa fristtiden inom psykiatrin

BAL tillkom i en tid då landstinget och kommunerna utförde den allra mesta hälso- och sjukvården och omsorgen i egen regi, i dag ser vård och omsorgslandskapet delvis annorlunda ut med ett betydligt större inslag av privata vårdgivare och utförare. Social-

styrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård är knappt tio år gammal, men upplevs av många kommuner som otidsenlig med hänvisning till de förändringar som skett. Därutöver har bestämmelser om bland annat samverkan, fast vårdkontakt, vårdval, egenvård, vårdplaner och informationsöverföring förändrats.

Oklarheter i bedömning av när kommunens betalningsansvar inträder

Det uppstår inte sällan tolkningsproblem i situationer där en vårdplan upprättats och patientens bedömts som utskrivningsklar men där hälsotillståndet förvärrats innan patienten hunnit lämna sjukhuset och patienten blir kvar ytterligare en tid. Konflikter mellan kommun och landsting kretsar kring vilka datum som betalningsansvaret ska räknas från. Lagens förarbeten ger mycket liten vägledning i bedömningen av sådana spørsmål.

Av ovan nämnda kommande avhandling av Sofi Nordmark, avsnitt 5.3.4, framgår att lagens konstruktion i dag vållar tolkningsproblem avseende betalningsansvarets inträde. Lagstiftningen anger att betalningsansvaret inträder dagen efter det att patienten bedömts vara utskrivningsklar och vårdplanen är upprättad men tidigast fem vardagar efter det kallelsen har mottagits. Enligt Sofi Nordmarks studie händer det ofta att kommunen inte kan vårdplanera den tid slutenvården kallar till. De ringer och föreslår ny tid vilket resulterar i att slutenvården skickar ny kallelse med den nya tiden för vårdplanering (sjukhuset säger sig kunna vårdplanera 24/7). Kommunen kan då hävda att fem dagar räknas från nya kallelsen, även om det var kommunen som velat ändra tiden. Olika tolkning skapar osämja och svårigheter i samarbetet vilket inte gagnar patientens behov. Ovan nämnda studie visar att vissa kommuner har satt i system att de t.ex. inte vårdplanerar på fredagar, vilket innebär att de bara erbjuder vårdplanering fyra av veckans sju dagar med försenad utskrivning för patienten som följd. Problem uppstår också vid storhelger så som vid jul och nyår med många röda dagar då kommunen inte har mer än enstaka tider före och under mellandagarna som de erbjuder vårdplanering. Det gör att en patient kan bli kvar på sjukhus en till tio dagar extra.

Vårdplanerar man för betalningsansvarets skull eller för att åstadkomma en sammanhållen vård?

En annan vanlig invändning mot nuvarande konstruktion av lagen är att det i vissa fall uppfattas som att man upprättar vårdplanen för betalningsansvarets skull och inte för att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg. Lagens bestämmelser om betalningsansvar i hamnar i fokus på bekostnad av lagens bestämmelser om planering. Det är alltid en risk med ekonomiska incitament att incitamenten blir alltför styrande i helheten och leder till beteenden som inte var avsedda.

Det förekommer att parterna informellt har överenskommit att inte göra en vårdplanering om tillståndet inte förändrats för patienten. Ett sådant arbetssätt är säkert effektivt i det korta perspektivet och utskrivningen kan möjligen påskyndas men i det längre perspektivet finns risk att dessa patienter får sämre tillgång till en sammanhållen vård och omsorg om deras behov av insatser inte samordnas via en gemensam planering.

Ett annat exempel på sådana informella överenskommelser att avstå vårdplanering gäller patienter som bor i särskilda boenden. Det särskilda boendet kontaktas av slutenvården för att snabbt kunna ta hem patienten, oftast gäller det under förutsättning att patientens tillstånd inte förändrats. I praktiken är dock situationen ofta så att patientens hälsotillstånd förändrats vilket skulle föranleda behov av att se över insatserna för den enskilde.

Vem äger skyldigheten? Huvudman eller vårdgivare?

Betalningsansvarslagen kom till i en tid när landstinget var huvudman för de allra flesta vårdcentralerna. Kanske var det då inte intressant att primärvården skulle ingå i den ekonomiska incitamentstyrningen om primärvården inte var delaktiga i utskrivningsprocessen. Vårdcentralen tillhörde ju ändå landstinget. Nuvarande konstruktion av betalningsansvarslagen avser kommunens betalningsansvar. En vårdcentral, oavsett om landstinget är huvudman eller om den drivs i privat regi, kan inte krävas på ersättning ifall de inte tar över ansvaret för en patient, även fast kostnaderna för den kvarliggande patienten drabbar landstinget. Lagen är enligt utred-

ningens uppfattning i allmänhet oklar över vilka bestämmelser som riktar sig mot huvudman och vilka som riktar sig till vårdgivare.

Dubbelreglering av planeringsansvar

Utöver planeringsbestämmelserna i betalningsansvarslagen finns också en bestämmelse i 3 f § HSL med en motsvarande bestämmelse i 2 kap. 7 § SoL som reglerar huvudmännens planeringsansvar. Enligt bestämmelserna ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Bestämmelsen gäller alla enskilda och syftar till att säkerställa samarbete mellan huvudmännen så att individers samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses, se regeringens prop. 2008/09:193 *Vissa psykiatrifrågor m.m.* Bestämmelsen infördes 2009 för att säkerställa planeringsskyldigheten när det inte finns någon speciallagstiftning som föreskriver detta, samt för att förtydliga de båda huvudmännens ansvar.

Planeringsskyldigheter är därmed dubbelreglerad vilket kan utgöra grund för missuppfattningar.

Särskilda problem avseende rättspsykiatrin

När en patient ska lämna vårdformen rättspsykiatrisk vård och övergå till öppen rättspsykiatrisk vård åligger det chefsöverläkaren att, i god tid innan en ansökan lämnas till förvaltningsrätten, klarlägga nödvändiga insatser från berörda enheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Till en sådan ansökan ska fogas en samordnad vårdplan. Normalt förutsätter detta att chefsöverläkaren har samrått med kommunen och den öppna hälso- och sjukvården redan innan patienten kan vårdas utanför sjukvårdsinrättningen. Insatser enligt SoL och i förekommande fall LSS, som kan komma i fråga för personer som får vård i öppna former ges enbart om patienten själv vill ha dem. Detta kan medföra problem om den enskilde avböjer insatser.

Betalningsansvarslagen är i dag tillämplig för patienter som vårdas enligt LPT och LRV. Vårdplanering enligt betalningsansvarslagen kan påkallas i samband med att den samordnade vårdplaneringen

börjar. Av förarbetena framgår att innan domstolen beslutar om öppen psykiatrisk tvångsvård respektive öppen rättspsykiatrisk vård torde inte något betalningsansvar kunna inträda för kommunen eftersom det då inte heller är möjligt för landstinget att utföra de uppgifter som landstinget svarar för i öppenvården. I vissa fall kan beslut inte fattas om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård beroende på att kommunen inte deltagit i upprättandet av vårdplanen. I dessa fall kommer kommunen i praktiken att få överta betalningsansvaret för de patienter där chefsöverläkaren är skyldig att låta tvångsvården upphöra så fort det inte längre finns förutsättningar för sådan vård.¹¹

Inom rättspsykiatri råder långa vårdtider och det vore därför naturligt att kommunen har mycket god tid på sig att planera för de insatser patienten behöver efter utskrivning till öppen vård. Många vittnar dock om svårigheten att få till en bra planeringsprocess med kommunerna och kommuner anger ofta att de inte kan tillgodose dessa patienters behov inom ramen för sitt normala insatsutbud och därför drar verkställigheten ut på tiden. Ett annat förekommande problem med just patienter inom rättspsykiatri att det kan vara svårt att fastställa vilken kommun som har ansvaret för patienten. Patienten kan ha vårdats mycket lång tid inom rättspsykiatrisk enhet och sakna naturlig anknytning till en tidigare bosättningskommun.

5.5 Påverkan på ledtider som härrör till de respektive enskilda verksamheterna

5.5.1 Kommunernas insatsutbud – tillgång till korttidplats är allttjämt den största bromsklossen i systemet

Som framgår av Socialstyrelsens enkät 2014, se avsnitt 5.1, svarar 78,8 procent av respondenterna att väntan på plats i korttidsboende är förklaring till att kommunen ådrog sig betalningsansvar 2013. Av Socialstyrelsens och SKLs kartläggning från 2007 (se avsnitt 4.3.3) framgår att det även då var väntan på plats i korttidsboende som var den huvudsakliga förklaringen till att patienter blivit kvar i slut-

¹¹ prop. 2007/08:70 s. 101.

vården trots att de bedömts som utskrivningsklara. Frågorna är inte ställda på samma sätt, därav är det vanskligt att dra några slutsatser om problemet förvärrats eller ej. Utredningen konstaterar dock att väntetid till korttidsplats alltså är den enskilt största ”bromsklossen” i systemet.

Om korttidsplaster och dess funktion i utskrivningssituationen

Med korttidsplats avses enligt Socialstyrelsens termbank ”bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt”. Korttidsplats ges som bistånd och har av tradition ansetts ingå i begreppet särskild boendeform men är alltså inget permanent boende. Det är heller inget entydigt begrepp, tvärtom inbegriper det många olika verksamheter med stora variationer över tid och mellan olika kommuner.¹² Det kan således vara fråga om en verksamhet med så skiftande uppgifter som:

- ”sviktplatser” efter slutenvård eller när hälsan sviktar för en hemmaboende
- Rehabiliteringsplatser
- ”planeringsboende” när det finns osäkerhet om en person kan bo kvar hemma eller behöver flytta till särskilt boende
- ”väntboende” i avvaktan permanent plats på ett äldreboende, att åtgärder ska hinna vidtas i ens ordinära hem eller liknande
- växelvård för personer som med jämna mellanrum erbjuds att komma in på en korttidsplats för att kunna förlänga kvarboende hemma
- avlösningssplats, där huvudsyftet med vistelsen är att anhörig som vårdar närstående ska få vila.
- vård i livets slutskede

Det är ett vanligt arbetssätt att patienter som lämnar slutenvård först rehabiliteras och återhämtar sig en kortare tid på korttidsplats

¹² Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: Korttidsplats – vårdform som söker sitt innehåll, s 9.

innan de får komma hem till sin permanentbostad. För kommunen kan det vara en praktisk lösning att samla kompetens kring rehabilitering på ett och samma ställe.

Utredningen erfar att slutenvården ibland anser att det är ”tryggare” att skriva ut patienten om man vet att patienten kommer till ett korttidsboende med dygnetruntbemanning. Men presumptionen att skriva ut till korttidsboende är problematisk. Utredningen har tagit del av flera exempel där man från slutenvårdens sida ger löfte till en orolig patient och närstående om att få fortsatt institutionsvård, dvs. korttidsplats, varvid detta blir vad patienten och dennes närstående förväntar sig ska ske efter utskrivning. Det blir sedan en svår uppgift att motivera en annan lösning för den kommunala biståndsbedömaren om hen gör en annan bedömning av patientens behov.

En pågående utveckling är att allt fler kommuner ställer om i sina arbetssätt avseende hur utskrivningsklara patienter ska tas om hand och för att minska användandet av korttidsplatser för utskrivningsklara patienter. Flera kommuner inför eller vidareutvecklar olika arbetssätt för att möjliggöra att patienten ska skrivas ut till sitt hem istället för till korttidsplats och att insatser sätts in i hemmet för att säkra trygghet och patientsäkerhet. Bland dessa kommuner finns exempel på att man överfört resurser från korttidsboenden till hemtjänst och hemsjukvård. Arbetsmetoden kallas ofta ”Trygg hemgång”, ”hemtagningsteam”, ”hemgångsteam” och liknande, se vidare avsnitt 9.2. Modellerna kan ha lite olika utformning men den gemensamma nämnaren är ambitionen att sätta in omfattande insatser från början när den enskilde återvänt till det ordinära boendet för att senare följa upp och göra en förnyad bedömning av behoven när patienten återhämtat sig något. Utredningen bedömer att erfarenheterna från dessa arbetssätt är positiva, och menar att det finns en potential att utveckla denna form av verksamhet, se avsnitt 8.3.1.

Vad är bäst för patienten – korttidsplats eller direkt hem?

Det går inte generellt att slå fast vilket alternativ som är bäst för patienten efter slutenvårdsvistelse – korttidsplats eller ordinärt boende. Det finns få forskningsstudier på området och de som

berör frågan ger inga entydiga svar. Vad som är bäst för patienten är avhängigt hur vård, omsorg och rehabiliteringsresurser är dimensionerade och organiserade lokalt. Och det beror på omständigheter som rör patienten – diagnos och hälsotillstånd, social situation, upplevd trygghet/otrygghet med olika alternativ och vad patienten själv vill och förväntar sig.

Även om korttidsplats i sig innebär ytterligare ett en anhalt i vårdkedjan med tillkommande, ofta påfrestande, transporter som följd så finns det finns patienter där det inte är lämpligt eller möjligt att återvända direkt till hemmet och där det bästa alternativet är korttidsplats. Det gäller exempelvis patienter som inte själva kan larma om de behöver hjälp. Det kan också finnas omständigheter i den enskilda hemsituationen som gör att patienten inte kan återvända till sitt hem, exempelvis om det förekommit våld i hemmet. Kvarboende anhörigas livssituation och hälsotillstånd är också en faktor som har betydelse i avgörandet om patienten kan återvända hem eller ej efter en sjukhusvistelse. Patienter vars bostad är lokaliserad långt ifrån plats där hemsjukvård eller hemtjänst normalt finns kan också vara en grupp där korttidsboende är det bästa alternativet eftersom det skulle innebära väldigt långa inställselsetider i händelse av larm.

5.5.2 Utskrivning till särskilt boende

Många av patienterna i lagens målgrupp bor i särskilt boende. Det kan på många sätt underlätta planeringsarbetet eftersom insatsen redan är beviljad och etablerad. Patientens hälsotillstånd kan dock ha försämrats vilket kan medföra att ökad vårdtyngd och förändrade behov med konsekvenser för verksamhetens arbetssätt och bemanning.

En inte helt ovanlig situation är att det i samband med slutenvårdstiden blir uppenbart att patienten inte kan återvända till ordinarie boende utan behöver flytta till ett särskilt boende. Givet att det finns en tillgänglig plats i särskilt boende kan det vara ett omfattande planeringsarbete och många praktiska frågor som måste lösas i samband med en sådan förändring, med långa ledtider som följd.

5.5.3 Tillgång till övriga insatser inom socialtjänsten

Många kommuner, dock långt ifrån alla, har svårt att i rimlig tid tillgodose behov av plats i särskilda boenden, det gäller såväl äldre som personer med funktionsnedsättningar.¹³ I utskrivningssituationen har detta givetvis betydelse. Tillgång till platser i särskilt boende och korttidsboende är i viss utsträckning kommunerande kärl. Det är vanligt att patienter som behöver flytta till särskilt boende får bo tillfälligt på ett korttidsboende då de väntar på plats i särskilt boende. Men många andra faktorer påverkar behovet av platser i såväl särskilt boende som korttidsboende; dimensionering och arbetssätt i hemtjänst och boendestöd, kommunens hälso- och sjukvård, m.m. Även primärvårdens och öppenvårdens tillgänglighet och arbetssätt har betydelse för hur behovet av boendeplatser ser ut.

Patientens fortsatta behov av vård och omsorg kan vara av sådant slag att den inte finns i kommunen. Det kan exempelvis gälla patienter som efter utskrivning från slutenvården behöver bo i ett HVB-hem. Kommunen måste då söka efter ett HVB-hem med rätt förutsättningar att tillgodose patientens/brukarens behov och upphandla en plats, såvida inte upphandling gjorts tidigare. Detta kan påverka kommunens möjlighet att snabbt tillgodose den enskildes behov efter utskrivning från slutenvård.

Om patienten ska skrivas ut från slutenvården till sitt eget hem kan hemmet behöva ny utrustning; toalettförhöjare, särskilt anpassad säng eller annat. Leveranstid för sådan utrustning kan fördröja att kommunen kan ta över ansvaret för patienten.

Det förekommer att patienter inte kan skrivas ut från slutenvården i rimlig tid för att patientens bostadssituation inte är adekvat och behöver anpassas. Att ansöka om bostadsanpassningsbidrag och att få åtgärdat brister i tillgängligheten kan ta tid. Särskilt gäller detta om det är större och mer omfattande åtgärder som krävs, exempelvis breddning av dörrposter eller installation av trapphiss. Det är inte helt ovanligt att patienten efter den försämring av hälsotillståndet som föranlett slutenvårdsvistelsen inte kan bo kvar i sitt hem utan måste byta bostad. Detta kan av självklara skäl ta tid. För en del patienter kan bostadssituationen vara än

¹³ IVO, Hur länge ska man behöva vänta? s 19 -20.

besvärligare – bostad kan saknas helt och patienten kan ha stora svårigheter att få en ny bostad på bostadsmarknaden, exempelvis på grund av missbruksproblem, betalningsanmärkningar och/eller låg inkomst.

Det förekommer att kommuner kan ha svårt att ”ta hem” patienter på grund av personalbrist. Sådana problem kan vara tillfälliga eller långvariga. I situationer där verksamheten står under stark press, exempelvis i influensatider kan situationen tillfälligt bli svår. Kommunen kan då göra bedömningen att det är bäst för såväl patient som befintlig personal att patienten stannar på sjukhuset. Dilemmat är att slutenvården sannolikt har samma problem med personalbrist.

5.5.4 Dålig efterlevnad av lag, föreskrift och rutiner

Innehållet i betalningsansvarslagen, föreskriften om samverkan vid in- och utskrivning och den lokala överenskommelsen är ibland inte känd av de som borde känna till den. Detta gäller såväl personal inom kommun, slutenvård och primärvård/öppenvård. Okunskapen om ”vad som gäller” ökar risken inte bara för att ledtiderna förlängs men även för patientsäkerhet och god vård. Vid enheter där det är större inslag av personalomsättning sjunker medvetenheten om överenskomna rutiner snabbt och det kan ge upphov till samarbetsproblem mellan olika parter, samt att det givetvis är risker för patientsäkerheten.

Men även dålig efterlevnad av interna rutiner kan ha betydelse. Utredningen har exempelvis tagit del av exempel på att interna rutiner inom en kommun om att omedelbart anmäla till boendeplanerare/motsvarande central funktion i förvaltningen att en plats på korttidsboende eller särskilt boende blivit ledig inte följs. Eftersläpningen kan vara betydande varvid boendet står med en tom plats som någon annan brukare skulle behöva.

Ett tillfälligt andrum

Ett känsligt område att beröra är fördröjningar som beror på att berörda parter medvetet eller omedvetet sinkar processerna. Från utredningen sida har vi tagit del av några sådana exempel. Sannolikt

är problemet relativt litet och utredningens samlade intryck är att berörd personal är engagerad, kunnig och att det finns en genuin vilja att ta om hand patienterna på bästa möjliga sätt.

Utredningen har tagit del av exempel från slutenvården där man i praktiken kan förhålla utskrivningsprocessen något. De utskrivningsklara patienterna är normalt inte lika vårdkrävande som andra patienter, i en mycket pressad vardag kan det därför vara ett tillfälligt andrum om en vårdplats upptas av en patient som inte är så vårdkrävande som andra patienter.

Det omvända kan gälla för kommunala enheter, särskilda boenden, korttidsboenden, hemtjänst, boendestöd och hemsjukvård. I en vardagssituation som är pressad och stressig kan det vara naturligt att förskjuta ”hemtagnings” av patienten någon dag, t.ex. över en helg, för att få ett andrum i arbetet. Utredningen bedömer det som att dessa informella ”andrum” primärt motiveras av den pressade arbetsmiljö som kan råda.

Ekonomiska intressen som förhåller processen?

När problem med utskrivningsklara patienter uppmärksammas i massmedia spekuleras ofta att orsaken till detta skulle vara ekonomiska intressen från kommunernas sida, dvs. att kommunen skulle tjäna ekonomiskt på att inte ta över ansvaret för patienten så snart som möjligt. Utredningen har tagit del av några exempel där ekonomiska intressen kan ha spelat roll för kommunens agerande men utredningens uppfattning är i allmänhet att detta inte är någon företeelse som förklarar ledtider i någon större utsträckning. Utredningens uppfattning är att kommunerna i allmänhet är angelägna om att ge god kvalitet åt patienten/brukaren men att ledtiderna beror på många andra faktorer. Det kan vidare ifrågasättas om det överhuvudtaget är någon egentlig ekonomisk vinst med att dröja några dagar innan ansvarsövertagande (men inom fristtiden). De allra flesta patienter har insatser redan före det att de skrivs in i slutenvård. De kommunala verksamheternas kostnader för dessa insatser, som i huvudsak består av personalkostnader, kvarstår när patienten är på sjukhus. Det utgör således knappast någon besparing att patienten är kvar på sjukhuset.

5.6 Påverkan på ledtider som härrör till omständigheter i det enskilda fallet

Ledtiderna påverkas av den speciella situationen runt varje patient. Utredningen bedömer dock att i många fall skulle huvudmännen genom att i förväg ha överenskommit och planerat för hur man samarbetar kring vissa patientgrupper eller vissa situationer förekomma att problemen behöver lösas akut i den situation man har en utskrivningsklar patient. Att huvudmännen inte överenskommit om exempelvis hur vårdkedjor över huvudmannagränser för vissa patientgrupper ska se ut gör att sådana frågor ibland måste lösas för varje individ i varje utskrivningssituation.

5.6.1 Omfattningen av planeringsarbetet i det enskilda fallet påverkar ledtider

Omfattningen av planeringsarbetet är en av de viktigaste faktorerna som påverkar ledtider. Här är det viktigt att framhålla att omfattningen av planeringsarbetet påverkas av om patienten är känd sedan tidigare i de berörda mottagande enheterna eller ej.

En annan iakttagelse som utredningen gjort är att det är vanligt att berörda enheter planerar med varandra i samband med att patienten skrivs ut från sjukhus och uteslutande i dessa situationer. Det gör att samverkan får något av karaktären av "akutinsats" och det är bråttom med planeringen eftersom den enskilde ska skrivas ut från sjukhuset. Utredningen bedömer att om samverkan runt den enskilde patienten i stället hade skett huvudsakligen i andra situationer än just vid utskrivningssituationen så skulle den sammanhängande planeringen på ett bättre sätt kunna tillgodose behovet av sammanhållen vård och omsorg. En annan aspekt på att så mycket "planeringskrut" läggs vid just utskrivningssituationen är att eftersom tidspressen är stor så hinner ingen egentlig uppföljning göras av hur den enskildes insatser sammantaget fungerat och om det är något som hade kunnat göras annorlunda för att slutenvårdsvistelsen hade kunnat undvikas. Planeringssituationen vid utskrivningstillfället på sjukhus är så tidspressad att möjligheten till uppföljning, reflektion och lärande för de berörda enheterna inte riktigt får det utrymme som vore önskvärt.

Ledtiderna påverkas av i vilken omfattning planeringsarbete behöver göras i det enskilda fallet. Det finns i viss mån utvecklad praxis på en del håll att differentiera vad som är acceptabla ledtider och inte. "Lätta" patienter, dvs. där patienten har mer eller mindre oförändrade insatser efter slutenvårdstiden och där allt är ordnat med fortsatta insatser efter utskrivning, kan skrivas ut tämligen omgående efter att patienten bedömts som utskrivningsklar. Planeringsarbetet är enklare och alla insatser är redan "på plats". Utredningen har inte funnit att sådan praxis i formell mening avtalats mellan parterna.

För patienter med komplexa behov och patienter som inte tidigare har någon etablerad kontakt med kommunala enheter och/eller landstingets öppenvård eller primärvård kan planeringsarbetet ta längre tid. Mottagande enheter behöver inhämta uppgifter om patientens bakgrund, livssituation, hälsotillstånd, boendesituation m.m. vilket gör att det administrativa arbetet runt dessa patienter är mer omfattande än när det gäller patienter som är kända sedan tidigare.

Utrednings- och planeringsarbetet kan självfallet vara mycket komplicerat även för patienter som är tidigare kända av mottagande enheter. Det kan röra sig om att patienten behöver insatser från väldigt många olika parter, har många nya behov eller att situationen är sådan att många insatser provats före sjukhusvistelsen men där insatserna har inte fungerat bra för den enskilde. Mottagande enheter behöver analysera varför insatserna inte har fungerat och vilka möjliga alternativ som står till buds.

5.6.2 Patienter som är i livets slut

Många patienter inom målgruppen för betalningsansvarslagen är patienter som befinner sig i livets slut. För dem är det särskilt viktigt att deras önskemål om var de ska vårdas respekteras, vilket kan innebära att planeringssituationen blir annorlunda och kräver mer tid och särskild hänsyn. Utredningen erfar att det är vanligt förekommande att man inte tillämpar betalningsansvarslagen för dessa patienter.

5.6.3 Övriga iakttagelser av faktorer som kan påverka ledtider

Det är viktigt att framhålla att ledtiderna vid en okomplicerad utskrivning (exempelvis där den enskilde patienten kan gå direkt tillbaka till hemmet och där inga eller få justeringar av tidigare insatser behöver göras) är något annat än utskrivning av patienter där hälsotillståndet kräver omfattande insatser. Exempel på att planeringstiderna kan bli långa är i situationer där olika enheter inte är överens om det fortsatta behovet av insatser eller hur dessa behov ska tillgodoses. Det kan till exempel röra patienter – såväl barn som vuxna – som efter slutenvård behöver fortsatta medicinska insatser på specialistnivå som är centraliserade på visst ställe i det egna landstinget, eller i ett annat landsting, och som på grund av långa avstånd gör det svårt för den ansvariga kommunen att tillgodose övriga behov om patienten behöver bo nära den plats där den specialiserade vården finns. Detta rör exempelvis barn som behöver barnpsykiatrisk öppenvård. Det kan också röra sig om situationer där den enskilde patienten efter slutenvårdstiden behöver fortsatt vård och stöd i ett HVB-hem. När patienterna är barn kompliceras situationen ytterligare eftersom barnets behov av en fungerande skolgång också måste lösas.

Inte sällan uppstår tvister mellan huvudmännen om val av lämpligt HVB-hem i det aktuella fallet. Kommunen kan anse att HVB-hemmet uppfyller de kvalitetskrav som finns enligt SoL medan landstinget inte anser att det aktuella HVB-hemmets vård uppfyller kraven på god vård enligt HSL. Eller vice versa. Även i de fall båda parter är överens om vilket HVB-hem som är lämpligt kan parterna tvista om vem som ska betala vad av vården i HVB-hemmet. Principer för fördelning av kostnader kan med fördel avtalas på förhand så att detta inte behöver lösas akut i samband med en utskrivningssituation.

Utredningen har även tagit del av exempel på att patientens medicinska tillstånd av andra skäl kan vara svåra att tillgodose i öppenvård. Det kan exempelvis röra sig om situationer där patientens omvårdnadsbehov ställer krav på att personalen ska ha viss utbildning för att klara av att sköta patienten i hemmet eller att patientens vård kräver medicinsk utrustning som kräver utbildning för att kunna sköta på ett patientsäkert sätt.

Sociala och/eller praktiska aspekter som kan påverka ledtider

Utredningen har tagit del av exempel på situationer där det i de aktuella fallen är sociala eller praktiska ting som påverkar hur snabbt patienten kan lämna slutenvården. Ett exempel är att patientens bostad behöver byggas om eller förändras för att patienten ska kunna bo hemma. Det kan behövas en tillgänglig entré, ledstänger, större badrum med plats för hjälpmedel eller andra förändringar av bostadens funktion. Det kan också handla om att patienten av sociala skäl inte kan återvänta till det egna hemmet då det förekommer våld eller missbruk.

Närståendes situation kan även på andra sätt påverka bedömningen av om patienten kan återvända till hemmet eller ej. Det kan exempelvis handla om anhöriga som själva har hälsoproblem och som därför inte orkar ta hand om sin sjuka anhöriga.

Andra situationer som kan uppstå som påverkar ledtider är att patienten inte har någon bostad att skrivas ut till. Särskilt svårt är detta i större städer där det är bostadsbrist. Om patienten har en ekonomisk situation som gör att hen inte kan få en lägenhet på bostadsmarknaden blir situationen mycket besvärlig och utskrivning från sjukhus kan dra ut på tiden.

Svårigheter att utröna vad patienten vill

För patienter med nedsatt beslutsförmåga kan det vara svårare och ta längre tid att utröna vad som är patientens önskemål om hur vården och omsorgen ska se ut efter slutenvårdstiden. Det kan saknas närstående som kan vara ett stöd för den enskilde och en naturlig dialogpart för personal inom såväl slutenvård, kommun och landstingsfinansierad öppenvård, vilket komplicerar situationen ytterligare. Vidare finns det en del juridiska oklarheter i frågor som rör ställföreträdarskap för personer som har nedsatt beslutsförmåga. En statlig utredning utreder för närvarande lagstiftningen på området, Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning, S 2012:06.

Motivationsarbete kan ta tid

Det förekommer att personer nekar fortsatta insatser trots uppenbara behov av stöd från olika enheter inom vård och omsorg. Det är en grannliga uppgift för berörd personal att motivera den enskilde att ta emot insatser, och detta kan ta tid. I ett sådant läge kan det ta extra lång tid att skriva ut patienten eftersom det kan vara uppenbart att patientens livssituation är ohållbar utanför sjukhuset.

En inte helt ovanlig situation är att patienten känner sig trygg inom slutenvården och vill stanna kvar. Även i dessa fall krävs ett motivationsarbete för berörda professionella från både kommun och landsting för att situationen ska lösas på ett sätt som inte blir omänskligt för den enskilde patienten. Det kan bli svåra etiska avvägningar för berörd personal och situationen som uppstått behöver hanteras med fingertoppskänsla och tid. För mottagande enheter blir det särskilt viktigt att skraddarsy de insatser som tar vid efter slutenvårdstiden så att patienten kan uppleva samma trygghet utanför sjukhuset.

Allmänt krångel och logistikproblem

Utredningen tagit del av åtskilliga exempel där ledtiderna fördröjts av en rad omständigheter som sammantaget får benämnas allmänt krångel. Biståndsbedömare kan inte komma i kontakt med berörda utförare, dokument kommer på villovägar, kontaktpersoner är på semester, datorhaverier, hjälpmedel är slut på lager osv.

6 Behov av förbättringar – allmänna överväganden

Sammanfattat:

I detta avsnitt beskrivs:

- Utredningens sammantagna synpunkter avseende vad som totalt sett skulle behöva utvecklas för att åstadkomma kortare väntetider.

Utredningen konstaterar att:

- Utformningen av lagstiftningen avseende utskrivningsprocess och betalningsansvar är endast en del av ett större spektra av åtgärder som skulle behöva vidtas för att åstadkomma kortare väntetider.

Av utredningens direktiv framgår att utredningen ska analysera *förutsättningarna* för att patienter i slutenvård som bedöms utskrivningsklara och som behöver fortsatta insatser från den kommunala vården så snabbt som möjligt kan ges fortsatt vård och omsorg i det egna hemmet eller inom särskilt boende. Översynen av själva betalningsansvarslagen är centralt i detta.

Utredningen har funnit att utformningen av betalningsansvarslagen är en viktig del som styr väntetider, men det finns en rad olika faktorer som påverkar hur väntetiderna ser ut och som ligger utanför vad som påverkas av betalningsansvarslagen. Utredningens slutsats är att *förutsättningarna* för att korta väntetiderna således ligger i ett betydligt större spektra av åtgärder än som bara kan åtgärdas av en revidering av betalningsansvarslagen. En liknande

slutsats drar även Läkarförbundet som i rapporten *Utskrivningsklara patienter 2014*, s. 65 anger:

En sänkning av antalet betalningsfria dagar löser emellertid inte de grundläggande problemen med samverkan mellan huvudmännen. Det behövs fler åtgärder för att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg. Vår bedömning är att huvudmännen på en övergripande nivå måste komma överens om målen, resurser och ansvarsfördelning för patienter med sammansatta behov. Därutöver krävs en fokusering på en förbättrad gemensam vårdplanering och ökad kontinuitet för patienten. Vidare krävs tillräckliga resurser och en tillräcklig kompetens i kommunen och ökade läkarinsatser från framförallt primärvården.

Utredningens direktiv anger en begränsning för utredningens arbete vad gäller att lägga förslag, utredningens mandat ligger primärt inom betalningsansvarslagens område. Som framgår av avsnitt 5 är hänger problemen vid utskrivningssituationen samman med en lång rad andra strukturella problem exempelvis samverkan generellt mellan huvudmännen, kommunernas insatsutbud, bristen på allmänläkare och undermåliga IT-system. Utformningen av de nya bestämmelserna måste förhålla sig till dessa strukturella problem. Vidare måste i sammanhanget erinras att lagstiftning inte är en möjlig eller lämplig åtgärd för att komma tillrätta med alla problem inom detta härad.

I detta avsnitt framför utredningen några iakttagelser och överväganden som ligger utanför utredningens uppdrag.

6.1 Hur bedömer kommunerna vad som behöver göras för att få till stånd kortare väntetider?

Socialstyrelsen har i samarbete med utredningen genomfört en enkätstudie bland alla landets kommuner, se avsnitt 4.7. En av enkätfrågorna rörde vad kommunen uppfattade att man behövde för stöd/ändrade förutsättningar för att tidigare än idag kunna ta emot utskrivningsklara patienter.

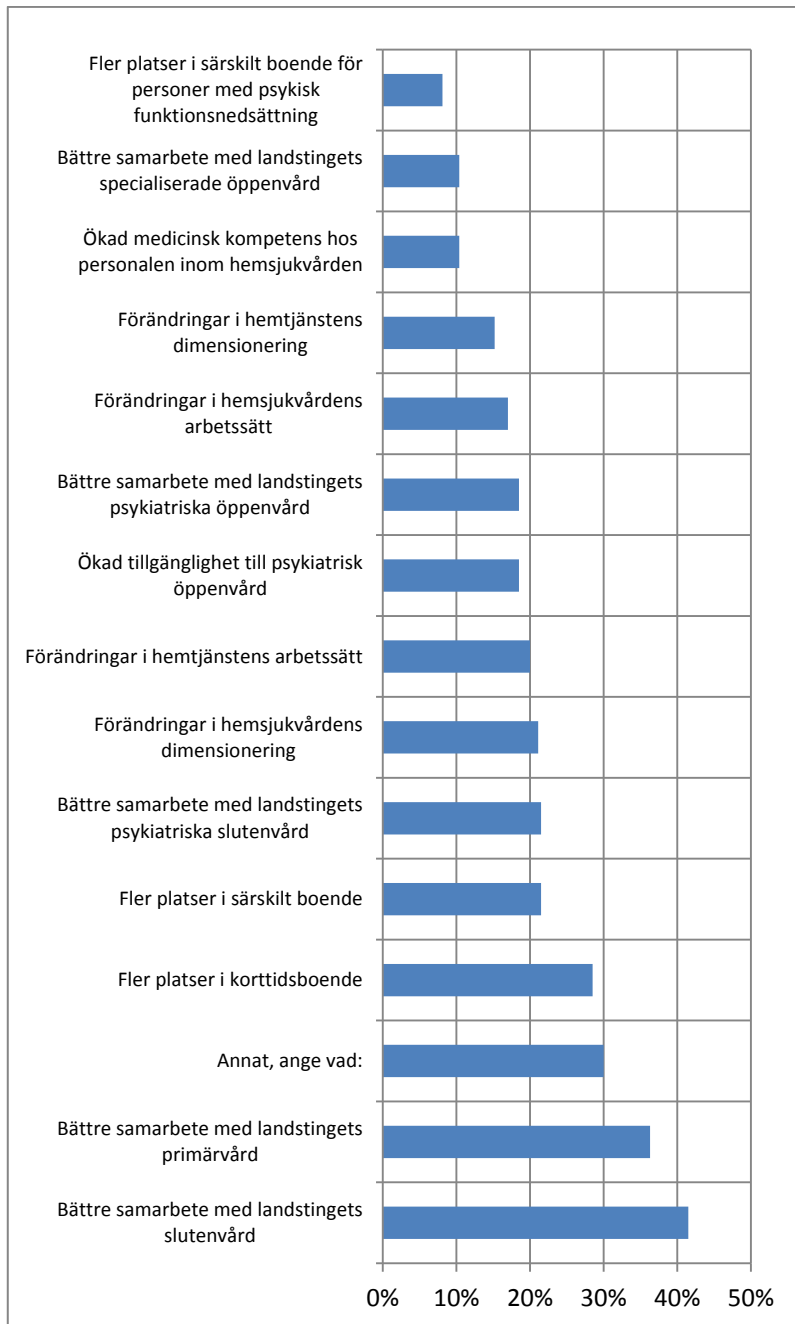
Som framgår av diagram 6.1 varierar svaren kraftigt vilket bekräftar den bild som utredningen har att förutsättningarna att korta ledtiderna ser mycket olika ut över landet. Bland de som angett ”annat” i enkätfrågan om vad som skulle behöva förändras för att åstadkomma kortare ledtider finns en stor variation av olika

svar. Flera anger kontinuitetproblem bland läkare i primärvården, att läkare i öppenvård inte har möjlighet att göra hembesök i den utsträckning som kommunen bedömer skulle vara adekvat för patienten. Några respondenter berör samarbetet mellan slutenvård och primärvård/öppenvård som en förutsättning för kommunernas arbete: *”Kommunen behöver inget stöd. Det är kontakten läkare slutenvård och läkare primärvård som behöver stöd”*.

Någon kommun berör att kommunen får ta emot allt svårare sjuka patienter utan att ha resurser för det i dagsläget och att resurser bör föras över från landstingen till kommunerna med anledning av denna utveckling. Den dominerande bilden är dock att kommunerna bedömer att bättre samverkan mellan olika parter är nyckeln till att kommunerna snabbare än idag ska kunna ta hem patienter, det gäller både patienter inom somatisk vård och psykiatrisk vård. Utredningen uppfattar genom enkätsvaren och mot bakgrund av de dialoger utredningen haft med kommunrepresentanter att det finns en stor vilja bland kommunföreträdare att utveckla samverkan med landstingen.

Många kommuner nämner i de öppna svarsalternativen i enkäten att de nyligen infört eller är på väg att införa hemtagningsteam utredningshemtjänst och liknande lösningar för att snabbt kunna ta om hand patienter.

Diagram 6.1 Vad behövs för att snabbare än idag kunna ta emot patienter som är bedömda som utskrivningsklara?



6.2 Övergripande förbättringsbehov för kortare väntetider

Som framgår av utredningens direktiv har utredningen haft i uppdrag att analysera förutsättningar för att väntetiderna kan kortas. Utredningen har i arbetet funnit en rad områden som behöver förändras. Då utredningens direktiv varit begränsat till att föreslå åtgärder inom ramen för betalningsansvarslagens tillämpningsområde har utredningen inte utrett vidare andra faktorer som påverkar förutsättningar för kortare väntetider. Dessa förutsättningar listas ändå med en övergripande ansats i det följande.

6.3 Samverkan mellan olika aktörer är fortfarande – snart ett kvartssekel efter Ädelreformen – inte vad det borde vara

En av de bärande tankarna i såväl Ädel- handikapp och psykiatrireformerna var att de huvudmannaskapsförändringar som gjordes vid respektive reform inte skulle uttradera ett kvarstående behov av att olika verksamheter samarbetade med varandra. Ansvarsgränser drogs om men behovet av samverkan mellan olika aktörer var fortsatt avgörande för att skapa en helhet i vården och omsorgen till berörda grupper. Lagstiftningen innehöll därmed inte detaljerade bestämmelser i någon större utsträckning avseende hur vårdkedjor skulle se ut eller detaljer kring vem som gör vad runt den enskilde. Tanken var att huvudmännen skulle överenskomma om hur de gemensamma resurserna skulle användas på det mest effektiva sättet och att hänsyn då kunde tas till lokala förutsättningar.

De sköraste patienterna/brukarna som behöver insatser från flera aktörer har på grund av deras utsatthet ett särskilt stort behov att vården och omsorgen är samordnad och med en stor kontinuitet. Olika aktörer och professioner behöver samarbeta över specialitets-, professions- och huvudmannagränser. Socialtjänst och hälso- och sjukvård har uppenbara brister när det gäller att på ett samordnat och optimalt sätt ta hand om de allra sköraste patienterna/brukarna, det gäller i princip samtliga åldersgrupper men är särskilt påtagligt för de mest sjuka äldre och personer med stora psykiska funktionsnedsättningar. Då det ofta saknas kontinuitet,

överskådlighet och sammanhållning av insatserna blir vården och omsorgen fragmenterad och den enskilde tvingas vara den som koordinerar insatserna. Denna roll är inte möjlig för de mest utsatta patienterna att ta.

När det gäller barn är situationen också beroende av ett fungerande samarbete mellan vård, omsorg och skola, detta oavsett om det gäller barn med fysiska, kognitiva eller psykiska funktionsnedsättningar. Av Riksrevisionsverkets rapport *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Ett (o)lösligt problem?* (RiR 2011:17) framgår att det samordningsarbete som föräldrar till barn med funktionsnedsättningar utför är betydande.

Runt en person med stora behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård kan många olika verksamheter som en mängd personal vara inblandade. Exempelvis kan hemtjänst eller boendestöd ges av olika personal för dag, kväll och natt. Andra personalkategorier ansvarar för mat, hygien, städning och inköp mm. Sammantaget är väldigt många olika människor inblandade. Hälso- och sjukvårdsinsatser kan vara fördelade på primärvård via vårdcentralen och hemsjukvården som i sin tur kan bestå av olika team och olika professioner. Kontakt och besök med specialist- och slutenvård kan vara frekventa men kontakterna och samarbetet med primärvården fungerar ofta inte tillfredsställande. Sjukgymnaster, arbetsterapeuter och dietister kommer från specialisterheter och delegerar uppgifter till andra. Många av de sköraste patienterna saknar förmåga att hantera och administrera sina kontakter med vården och omsorgen och det är en påtaglig risk att det uppstår luckor i vården och omsorgen eftersom dessa inte hänger ihop som en helhet.

Det saknas underlag för att bedöma huruvida samverkansproblemen förändrats i samband med vårdvalsreformen inom primärvården. Motsvarande gäller valfrihetsreformerna inom socialtjänsten. Utredningen har tagit del av exempel på att samverkan kan försvåras av rätten att välja läkare i primärvården. Det kan handla om att det hemsjukvårdsteam som patienten tillhör måste samarbeta med många olika läkare eftersom de patienter som teamet ansvarar för har valt olika läkare. För ett hemsjukvårdsteam kan det innebära att det för samma patientgrupp så kan man behöva ha kontakt med 8-10 olika läkare som har olika telefontider, olika arbetssätt och olika administrativ personal runt sig. Det blir helt

enkelt krångligare att skapa sammanhållning över organisationsgränser när man på individplanet inte riktigt får en chans att lära känna den andra parten som är del av patientens helhet.

Vad beror samverkansproblemen på?

Det har legat utanför denna utrednings uppdrag att närmare analysera samverkansproblemen generellt, dessa problem har dock analyserats i andra sammanhang. Utredningens fokus har varit samverkan vid själva utskrivningsprocessen. Under utredningsarbetets gång har ändå samverkansfrågan i generella termer varit ett ständigt återkomande tema varvid utredningen tagit del av många verksamhetsrepresentanters erfarenheter och slutsatser avseende varför samverkan inte fungerar optimalt kring utskrivningsklara patienter. Det kan t.ex. röra sig om:

- Olika huvudmän = olika budgetar
- Samma huvudman men ändå olika budgetar
- Inga ekonomiska incitament till samverkan
- Olika lagstiftningar med olika mål som betonar olika aspekter av mänskliga behov
- Olika professioner med olika traditioner, beslutsmandat och olika status som ska samarbeta runt patienten
- Resursbrist i primärvården eller annan part som förskjuter behov till andra aktörer
- Kontinuitetsproblem bland allmänläkare och annan personal
- Bristande tillit samarbetspartners
- Verksamhetskulturer som inte stödjer ett ”generöst” beteende dvs. att man tillåts kliva ut i de organisatoriska mellanrummen och sådana gråzoner som alltid uppstår.
- En allmän kortsiktighet i planering och ekonomi som inte stödjer arbetsätt som är effektiva ur ett längre eller större perspektiv.

Många åtgärder har vidtagits men stora samordningsproblem kvarstår kring patienter med sammansatta behov.

Regering och riksdag har sedan nittiotalets reformer vidtagit olika åtgärder för att förbättra samverkan mellan huvudmännen. Lagstiftning om samverkansöverenskommelser, olika former av statsbidrag för samverkansöverenskommelser och projektverksamhet, försöksverksamheter, försökslagstiftning, kunskapsunderlag från myndigheter, föreskrifter från myndigheter. En flora av olika planerings- och samverkansbestämmelser på individnivå i såväl lagar som föreskrifter har tillkommit sedan reformerna. Till detta ska läggas tusentals initiativ som tagits av huvudmännen själva eller initiativ som tagits på verksamhetsnivå.

Enligt utredningens uppfattning har samverkansproblemen i huvudsak analyserats och beskrivits utifrån enskilda målgruppers perspektiv eller utifrån vissa situationer, t.ex. som i detta fall vid utskrivning från sjukhus. Sammanhängande analys av helheten avseende samverkansproblematik har visserligen gjorts och åtgärder vidtagits men utan större resultat. Utredningens samlade intryck av situationen är att det bör övervägas om det behövs en förnyad och fördjupad helhetsanalys kring statens styrning av samverkan. Mot bakgrund av en sådan analys kan nya åtgärder sättas in för att stärka samverkan och förutsättningar för samverkan mellan huvudmännen. En sådan analys av lämpliga åtgärder måste avse statens samlade möjlighet att agera genom olika styrinstrument; såväl lagstiftning, kunskapsstöd och ekonomiska incitament. I detta sammanhang måste nämnas de strukturreformer som genomförts de senaste åren i våra nordiska grannländer Danmark, Finland och Norge. I de tre stora reformerna på 90-talet var tanken att samla det ekonomiska ansvaret på kommunerna. Gränsen drogs vid insatser upp till läkar-nivå. I den norska Samverkansreformen har man dragit en annan gräns och lagt ett större betalningsansvar på kommunerna även för viss specialistvård.

6.3.1 Primärvårdens/öppenvårdens övertagande av det medicinska ansvaret för sköra patienter måste säkras

Patienter som lämnar slutenvården är mycket sällan medicinskt färdigbehandlade. Ofta kvarstår stora behov av läkarinsatser som ska tillgodoses i öppenvård. När patienterna lämnar slutenvården övergår det medicinska ansvaret för patienten till annan enhet, läkare vid vårdcentral eller läkare i öppenvård. Utredningen bedömer att det ofta brister i överlämnandet av det medicinska ansvaret från slutenvård till primärvård eller annan öppenvård, det uppstår ett ”glapp” i vårdkedjan när patienten byter vårdnivå. Detta problem är inte nytt, se exempelvis Socialutskottets betänkande (2005/06:SoU9).

Utredningens direktiv har omfattat situationer där patienterna skrivs ut från slutenvård och att föreslå åtgärder som kan minska väntetiderna mellan byte av vårdnivå. Vården och omsorgens funktionssätt utöver det avgränsade moment som utskrivningsprocessen utgör ligger utanför denna utrednings uppdrag att utreda. Dock finns givetvis samband mellan det kortsiktiga åtagandet direkt efter slutenvårdsvistelsen och vård och omsorg i det längre perspektivet. Under arbetets gång har ändå utredningen tagit del av ett omfattande material och exempel som rör patienternas hela vård och omsorgssituation och det samlade intrycket är att läkarmedverkan i patienternas vård utanför sjukhuset alltför ofta fungerar bristfälligt. Den kommunala hälso- och sjukvården och/eller hemtjänsten kan behöva snabb tillgång till läkarkonsultation av läkare i primärvård eller annan öppenvård för att kunna göra adekvata bedömningar i en viss situation. När sådan konsultation inte lätt kan komma tillstånd, framförallt för väldigt sköra patienter kan kommunens personal bedöma att det är säkrare för patienten att vara kvar i slutenvården. Alternativt att patienten ska läggas in på nytt i slutenvård. Problemet har sannolikt stor effekt för risken för oplanerade återinläggningar.

Primärvården en nyckelaktör för patienter med sammansatta behov – men har primärvården resurser för att klara detta uppdrag?

Sverige har en internationellt sett liten andel av resurserna inom vården fördelade på primärvården, ca 18 procent. Under lång tid har förstärkningar av primärvården framhållits som en prioriterad

fråga. Det är dock tveksamt om det går att se några resultat av det. Inte heller tycks vårdvalsreformen ha inneburit någon större resurs- eller kapacitetsförstärkning av primärvården. Framförallt tycks en resursomfördelning ha skett i riktning mot fler men mindre enheter. Några brister som återkommande framkommit till utredningen är att primärvården har svårt att klara uppdraget som första linjens vård, det råder brist på allmänläkare, öppettiderna är alltför begränsade och tillgängligheten i akuta fall är låg – många patienter söker sig till akuten istället. Primärvården erbjuder i jämförelse med andra länder en låg grad av kontinuitet för patienten. Listning på enskild läkare förekommer i alltför liten utsträckning och samarbete med den specialiserade vården inklusive informationsöverföring fungerar dåligt. Genom avgiftssystemet för vård och högkostnadsskyddet för öppenvårdsbesök är det svårt att skapa system som ger patienten ekonomiska incitament att alltid söka sig till primärvården först. Andra styrmedel som t.ex. remiss tvång till den specialiserade vården har inte heller använts. Ett självklart uppdrag för primärvården är att klara grundläggande medicinsk diagnostik och behandling för befolkningen. Ytterligare delar av uppdraget borde, som i en del andra länder, vara att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att agera ”grindvakt” för den specialiserade vården. Sådana roller tycks vara ovanliga i Sverige. Det är genom tidigare studier visat att investeringar i primärvård leder till lägre kostnader och bättre folkhälsa.

Läkarförbundets rapport *Varför kan inte doktorn komma – om läkarmedverkan i äldre vården*, 2013, bygger bland annat på en granskning av primärvårdens uppdrag avseende de mest sjuka äldre i sex landsting och en intervjustudie med primärvårdsläkare, genomförd av Äldrecentrum. I intervjun uttryckte läkarna en frustration över sin situation och önskade en styrning mot ett annat arbetssätt. Läkarna såg sig själva som lämpade att ta ett helhetsuppdrag men efterfrågade ett riktat uppdrag för patientgruppen och önskade att uppdraget skulle anpassas till den verklighet som vården och omsorgen fungerar i utanför sjukhuset. Ett problem är bristande läkarbemanning i primärvården. Läkarförbundets rapport om läkarbemanningen i primärvården visade som ovan framgick att det fattas över tusen eller strax under tusen specialister i allmänmedicin

beroende på vilket mål som ska uppnås. Skillnaderna över landet är stora.

Utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14) kommer att vidare analysera frågor om primärvårdens roll liksom frågor om dimensionering kopplat till produktivitet och effektivitet.

6.3.2 Tillgång till aktuell information måste bli mer effektiv

Utredningen har identifierat en rad brister avseende informationsöverföring mellan olika parter i samband med utskrivning. Informationsöverföringsproblem är redan utredda och förslag till åtgärder har lämnats i betänkandet *Rätt information på rätt plats och i rätt tid* (SOU 2014:24). Utredningen bedömer att dessa förslag skulle, om de genomfördes underlätta för effektivare informationsöverföring i samband med utskrivning av patienter från slutenvård.

6.3.3 Vård i den enskildes hem är en viktig framtidsfråga – sådan verksamhet måste ges förutsättningar att växa

Sedan många år tillbaka går utvecklingen mot att alltmer hälso- och sjukvård kan ges utanför sjukhusen. Det finns ingenting som talar för att denna utveckling inte kommer att fortsätta i framtiden. Det är en utveckling som är positiv på många sätt, inte minst sett ur perspektivet kostnadseffektivitet. De senaste åren har inneburit att hemsjukvårdens kommunaliseras i Sverige, i skrivande stund med Stockholms läns som undantag. Hur och vad som har förts över från landstingen till primärkommunerna har varierat. En försvårande omständighet med de skatteväxlingar som gjorts är att man tar hänsyn till volymer och behov vid ett givet tillfälle. Men volymer och behov kommer att förändras i takt med annan samhällsutveckling t.ex. demografi men även hälso- och sjukvårdens utveckling; vad är möjligt att göra i öppenvård? Det finns en risk för att utvecklingen bromsas upp om inte huvudmännen ser sina olika uppdrag och ansvarsområden i ett samlat sammanhang – uppdragen är kommunicerande kärn. Den sammantagna dimensioneringen av tillgängliga resurser måste ses i en helhet så att de möjlig-

gör önskad utveckling mot att än mer hälso- och sjukvård kan bedrivas i öppna vårdformer.

Till detta område hör också frågan om tillgång till läkare i den kommunala hälso- och sjukvården, en fråga som utredningen identifierat är ett bekymmer även för väntetiderna då bristande läkarmedverkan skapar osäkerhet i den kommunala hälso- och sjukvården över ”vad man klarar av att ta hand om” i läkares frånvaro. Frågan om kommunernas möjlighet att anställa läkare utreddes i samband med *Kommunaliserad hemsjukvård* (SOU 2011:55). Det har även funnits försökslagstiftning där kommunerna getts sådan befogenhet.

Enligt utredningens uppfattning är en önskad utveckling att kommuner och landsting i större utsträckning än idag skulle samverka i *planering* av verksamheter så att dimensionering av resurser hamnar på ställen där de gör bäst nytta sammantaget.

6.3.4 Det finns ett samband mellan kvaliteten på utskrivning från sjukhus och förekomst av återinläggningar

Det finns ett samband mellan utskrivningar från sjukhus och (oplanerade) återinläggningar. För att säkerställa att övergångarna mellan slutenvård till öppenvård är både snabba och säkra behöver vi också på ett bra sätt följa upp detta samband. I den kvalitetsportal som utvecklats inom ramen för regeringens och SKLs satsning på de mest sjuka äldre och i kan man följa antal dagar som patienter över 65 år ligger kvar på sjukhus efter att de bedömts som utskrivningsklara. Vidare kan man följa data om undvikbar slutenvård och återinläggningar.

Korta väntetider i vårdkedjorna måste vägas mot att vårdkedjorna också måste vara patientsäkra och att oplanerade återinläggningar undviks så långt det är möjligt. Det finns en gräns för hur snabba väntetiderna kan bli innan patientsäkerhetsrisker uppstår. Det är angeläget att såväl huvudmän som aktörer på nationell nivå kan följa statistik och se samband mellan data avseende utskrivningsklara patienter med statistik över återinläggningar. Huvudmännen behöver göra sådana analyser gemensamt då de sammantagna insatserna påverkar varandra.

I Norge finns möjlighet att följa statistiken samlat avseende utskrivningsklara och återinläggningar. Det är ännu inte möjlighet

i Sverige då data är grupperade på olika sätt att de är svåra att jämföra med varandra och är avgränsade till att gälla personer över 65 år. Det är angeläget att utveckla denna statistik så att huvudmännen gemensamt kan få en bild av hur vårdkedjorna fungerar.

6.4 Kommunerna behöver flexiblare arbetsformer och utveckla sitt insatsutbud

6.4.1 Väntan på korttidsplats är den enskilt största bromsklossen

Många kommuner behöver utveckla sina arbetssätt och sitt insatsutbud för utskrivningsklara patienter. Det enskilt största exemplet på detta är att patienten först beviljas korttidsboende innan patienten kommer till sitt eget boende. Det kan vara relevant för en del patienter, men utredningen har tagit del av många exempel på att utskrivning av olika skäl, nästan slentrianmässigt, skrivs ut till korttidsboende fast patienterna skulle kunna återhämtat sig hemma med insatser i hemmet. Om antalet tillgängliga korttidsplatser inte är tillräckligt stort blir bristen på korttidsplatser en bromskloss i systemet.¹ Samtidigt pågår enligt vad utredningen erfar en omfattande omställning i landets kommuner att alltmer fokusera på att patienten ska direkt hem efter sjukhusvistelse, utan att först vistas på korttidsplats, där så är möjligt. Utredningen bedömer, mot bakgrund av de positiva erfarenheter som finns av detta, att denna utveckling bör stödjas. Erfarenheter av dessa arbetssätt indikerar också att även om väntetid till korttidsplats är den idag enskilt största förklaringen till att utskrivningsklara blir kvar i slutenvård så är det långt ifrån säkert att en utbyggnad av korttidsplatser generellt sett är den bästa lösningen för att komma tillrätta med problemen. Det saknas forskning på området som ger svar på för vilka patienter och i vilka situationer som hemgång är att föredra framför återhämtning på korttidsboende och vice versa.² Det är givetvis

¹ Se exempelvis Socialstyrelsen 2013 Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg.

² Se exempelvis Stockholms läns Äldrecentrum; Korttidsplats – vårdform som söker sitt innehåll, 2011.

avhängigt hur vård, omsorg och rehabiliteringsresurser är organiserade lokalt.

Med blicken mot framtiden och med hänsyn taget till att den medicinska utvecklingen går mot att allt mer hälso- och sjukvård kan bedrivas i öppen vård blir det än viktigare att hitta effektiva arbetssätt. För personer med psykiska funktionsnedsättningar tillkommer andra förutsättningar t.ex. att det handlar om färre personer. Detta leder till att vissa kommuner möjligen inte har lika stor "vana" vid att skraddarsy insatser till personer vars behov är mer sällan förekommande. Men även för denna målgrupp finns ett behov att utveckla insatsutbudet men även att stärka möjligheter för kommuner att samarbeta över kommungränser vad gäller insatser till målgruppen. Ett exempel på en insats till målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning som visat goda resultat är olika former av sviktboende.³

Utredningen konstaterar att det inte är möjligt att *lagstifta* om en utveckling i denna riktning. Däremot kan staten vidta andra åtgärder för att stödja huvudmännen i utvecklingen t.ex. genom stimulans- eller projektmedel, metod/kunskapsstöd, utbildningar och annat.

6.4.2 Formerna för biståndsbedömning behöver vara flexibla

Formkraven för biståndsbedömning inom socialtjänsten är i viss utsträckning juridiskt oklara. Det gäller framförallt modeller med förenklade biståndsbeslut och så kallade rambeslut som inte närmare preciserar exakt vad som ingår i insatsen. Utredningen menar att möjliggörande av flexibilitet i handläggnings- och beslutsprocesserna kan vara en åtgärd som i viss mån kan bidra till att förkorta väntetider. I utskrivningssituationen råder viss tidspress. Den enskildes hälsotillstånd kan vara snabbt föränderligt och behov som finns när patienten är kvar i slutenvård kan förändras – bli större eller mindre - efter några dagars återhämtning i hemmiljö eller på korttidsboende. I Norge har man i motsvarande situation möjlighet att avvakta två veckor med det formella beslutsfattande. Av effektivitetskäl skulle det därför vara önskvärt att lagstiftningen möjlig-

³ RSMH, Mölndals stad, Mölndalsbostäder: Sviktboendeprojektet i Mölndal: Sviktboende – ett projekt för att stödja människor med psykisk ohälsa i deras självständiga boende, 2011.

gjort en viss flexibilitet i beslutsfattandet. Dessa frågor ligger dock utanför denna utrednings uppdrag för vidare analys.

Om frågan aktualiseras i framtiden kan utredningen se flera olika modeller att utreda. En modell skulle kunna vara att insatser som är mer av servicekaraktär; städning, tvätt, matdistribution, inköp osv. regleras separerade från andra insatser som idag ges enligt SoL. De insatser som är mer av omvårdande eller mer fysiskt nära karaktär; hjälp med personlig hygien, matintag, påklädning, förflyttningshjälp m.m. skulle istället möjligen kunna föras över till HSL. HSL-insatser verkställs utan biståndsbeslut. En annan möjlighet till ökad flexibilitet skulle kunna vara att tydligt öppna upp för möjligheten att tillämpa modeller med förenklade biståndsbeslut eller tom borttagna biståndsbeslut för vissa insatser och/eller möjliggöra för flexibilitet genom rambeslut.⁴

En annan aspekt i sammanhanget är diskussionen om vilken funktion det formella beslutsfattandet egentligen fyller i utskrivningssituationen. Många kommuner som utredningen diskuterat frågan med uppger att det är mycket sällsynt att brukare nekas insatser i samband med utskrivning från sjukhus. De fall där personer nekats insatser rör såvitt utredningen erfar, önskemål från den enskilde att få insatserna särskilt boende eller korttidsvistelse. Biståndsbedömningen som sådan är ju i grunden en ransoneringsmekanism dvs. att välfärden ges till dem som behöver insatsen. Det blir något av en paradox i utskrivningssituationen eftersom insatser som inom slutenvårdstiden ges med stöd av HSL; hjälp med mat, att gå på toaletten, att kommunicera, att förflytta sig, av- och påklädning osv. måste biståndsbedömas enligt SoL när den enskilde lämnar sjukhuset. Eftersom det enligt de kommuner utredningen diskuterat frågan med knappt förekommer avslag på begäran om insatser vid utskrivningssituationen kan man diskutera om denna ransoneringsmekanism egentligen är adekvat i just skedet den närmaste tiden efter utskrivning från sjukhuset. En annan aspekt i sammanhanget är i vilken grad det förekommer så kallade informella avslag dvs. att patienten får veta att det inte är någon idé att söka en viss insats av olika skäl och därför heller inte söker.

⁴ Se vidare Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum: Vem får bestämma vad i äldreomsorgen, 2014.

Det finns givetvis rättssäkerhetsskäl som motiverar ett bibehållande av dagens formkrav avseende det formella beslutsfattandet, den enskilde ska ha möjlighet att överklaga beslut som den enskilde är missnöjd med. Samtidigt kan ifrågasättas vad den rättssäkerheten i praktiken är värd i utskrivningssituationen. Den enskildes hälsotillstånd är i regel försvagat eller till och med mycket försvagat och han eller hon har knappast kraft att överklaga ett beslut i ett sådant skede. En överklagningsprocess tar dessutom i regel lång tid, det handlar oftast om flera månader. I just utskrivningssituationen och den första tiden efter slutenvårdsvistelsen skulle det vara av värde med en analys av ”effektivitetsvärdet” kontra ”rättssäkerhetsvärdet”. Detta har legat utanför ramen för denna utrednings uppdrag.

6.5 Betalningsansvarslagens konstruktion idag ger inte tillräckliga förutsättningar för kortare väntetider

Inom utredningens uppdrag ryms att lägga förslag inom ramen för betalningsansvarslagen. Utredningen har identifierat en rad mekanismer i lagen som behöver förändras för att bidra till att väntetiderna mellan slutenvård och vård och omsorg i öppna förmer kan hållas så korta som möjligt. Dessa lagförslag presenteras i avsnitt 7.

6.6 Tillsyn och annat stöd från myndigheter för att utveckla effektivare vårdkedjor

Att resurser används på rätt plats och i rätt mängd vad gäller effektiva vårdkedjor för patienter som ingår i betalningsansvarslagens målgrupp är särskilt komplicerat att mäta. Det blir således svårt för huvudmännen att sammantaget bedöma om vårdkedjor över huvudmannagränser är effektiva eller inte.

Tillsynen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten är fördelad på flera myndigheter, bl.a. Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Arbetsmiljöverket och Datainspektionen. Vår uppfattning är att ingen av tillsynsmyndigheterna utövar en tillräckligt stödjande tillsyn, dvs. som effektivt stödjer verksamheterna att klara

sitt uppdrag. IVO tillsynar för närvarande inte kvalitetet (resultat) och således inte heller effektivitet, t.ex. på så sätt att man jämför patientfall när det gäller väntetider, kvalitet (utfall), kostnader, osv. Inte heller använder man sådana mått eller jämförelser för att välja ut tillsynsobjekt. Den typen av tillsyn skulle ha potential att bli mer stödjande för verksamheterna än den nuvarande. Möjligen är det oklart vilket mandat IVO har att tillsyna de aspekterna, såvida inte det finns ett uppenbart patientsäkerhetsperspektiv.

Utredningen anser att staten genom tillsyn, kunskapsstöd och stöd till lokal utveckling bör förstärka stödet till huvudmännen med fokus att åstadkomma effektivare vårdkedjor över huvudmannagränser.

7 Våra överväganden och förslag

7.1 Behov av en lagstiftning som är bättre anpassad till nuvarande och framtidens behov

7.1.1 Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har genomgått stora förändringar sedan lagens tillkomst

Det har gått drygt tjugo år sedan betalningsansvarslagen infördes i samband med Ädelreformen. Sedan dess har stora strukturförändringar inom hälso- och sjukvården men även socialtjänsten ägt rum. 1990-talets stora reformer innebar en avinstitutionalisering av vård och omsorg om äldre liksom vård och omsorg om personer med funktionsnedsättningar. En stor omfördelning av insatser i landstingens slutna vård till kommunernas vård och omsorg genomfördes. Inom den specialiserade hälso- och sjukvården har sedan Ädelreformens tid prioriterats utvecklingen av effektiva behandlingsmetoder för många svåra sjukdomar. Det har inneburit att allt fler patienter har kunnat få behandling för sjukdomar och skador långt upp i åren, vilket inte var möjligt förr. Den svenska hälso- och sjukvården ligger relativt långt fram med att ta till sig ny teknik och nya behandlingsmetoder och de medicinska resultaten är ofta bra i internationella jämförelser. En följd av den framgångsrika utvecklingen är att vi kunnat minska antalet vårdplatser i slutenvård. När det gäller antalet vårdplatser per capita ligger Sverige bland de lägsta i världen. Antalet vårdplatser inom akutsjukvården och annan slutenvård har mer än halverats på tjugo år. Medelvårdtiden i slutenvård inom vuxenpsykiatri har minskat från 60 dagar 1987 till 17 dagar 2008 och 15 dagar 2012.

Sverige har en stor andel av resurserna knutna till specialiserad vård, 85 procent av läkarna finns där och Sverige ligger bland de länder i världen som har högst antal sjukhusläkare per capita. Förhållandet mellan vårdplatser och tillgången till personal kan därmed

framstå som något paradoxal. Nordiska jämförelser av produktivitet vid akutsjukhus visar också att Sverige har lägre läkarproduktivitet än grannländerna. Det är tydligt att minskningen av vårdplatser inte samtidigt har inneburit att vårdens verksamheter tagit hem vinsten genom att t.ex. minska personal i specialistvården eller omfördelat resurser till primärvården. Detta hänger samman både med frågan om hur primärvården kan stärkas men också hur hälso- och sjukvården planeras och resurssätts och hur professionerna schemaläggs.

Slutenvårdens uppdrag har i takt med utvecklingen blivit alltmer specialiserat och avgränsat till att ta hand om den specifika åkomma som patienten skrevs in för. Tid för att utreda andra behov och behandla andra åkommor finns ofta inte. En företrädare för Flens kommun uttrycker situationen såhär: ”*Man lagar den brutna lårbensbalsen men man hinner inte utreda orsaker till varför patienten drabbades av yrsel och föll*”. Man förutsätter i slutenvården att ett sådant helhetsgrepp om patienten ska tas i den öppna vården. Slutenvårdens funktion blir därmed en parentes i den enskildes totala vårdbehov. De kortare vårdtiderna innebär också att återhämtning och rehabilitering i dag förutsätts ske utanför sjukhuset, vilket är en väsentlig skillnad mot förhållanden som rådde vid betalningsansvarslagens tillkomst.

Stora strukturförändringar i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

Även kommunernas socialtjänst har genomgått strukturförändringar och platser i särskilt boende för äldre har minskat sedan mitten av 1990-talet. Enligt Boverket har 26 000 platser tagits bort de senaste tio åren.¹ Enligt Socialstyrelsens rapport 2013, *Äldre – vård och omsorg den 1 april 2012 – Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen*, var antalet platser 2012 nere 87 600. Bara en mindre del av de äldre återfinns i särskilt boende – cirka 5 procent i åldersgruppen 65+ år och 14 procent av personerna 80+ år. År 1980 var den senare andelen dubbelt så hög. Flertalet boende, 70 procent, är kvinnor. När det gäller kommu-

¹ Boverket Rapport 2013:7, Utvärdering av investeringsstödet till äldreboende.

nernas ansvar för insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar har utvecklingen varit liknande, stödinsatser i särskilda boendeformer minskar medan insatser i öppna former ökar. Socialstyrelsen genomförde 2002 en nationell uppföljning av boendeformer inom socialtjänsten för personer med psykisk funktionsnedsättning. Inventeringen visade att det vid årsskiftet 2001/02 fanns cirka 850 kommunala boenden för knappt 8 000 personer. I Socialstyrelsens rapport *Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002–2004* (2005) gjordes en totalundersökning av hur många personer med psykisk funktionsnedsättning som får stöd av kommunen. Resultatet visade att 19 500 personer fick kommunala insatser. Av Socialstyrelsens *Lägesrapport 2014* framgår att 2012 fick 16 400 personer hemtjänst och ungefär 18 300 personer boendestöd. Antalet personer med funktionsnedsättning som får heldygnsomsorg är lägre än antalet som får stöd i det egna hemmet, och 2012 bodde cirka 4 100 personer 0–64 år i särskilt boende. Då statistiken inte kodas efter diagnosgrupp är det inte möjligt att exakt ta reda på vilka stödinsatser som riktat sig till personer med psykisk funktionsnedsättning. Dock torde gruppen med psykisk funktionsnedsättning vara en betydande del av gruppen personer med funktionsnedsättning som får insatser enligt SoL.

Kommunernas ansvar som hälso- och sjukvårdshuvudman har utökats sedan reformerna på 90-talet. I samtliga län utom Stockholms län har kommunerna tagit över hälso- och sjukvårdsansvaret för hemsjukvården. Den kommunala hemsjukvården är en del av primärvården och har kompetens upp till sjuksköterskenivå.

För den enskilde patienten innebär denna utveckling att behovet av socialtjänst och hälso- och sjukvårdsinsatser i allt större utsträckning kan tillgodoses medan patienten bor kvar i hemmet och lever sitt vanliga liv.

Strukturuomvandlingarna ställer andra krav på huvudmännens verksamhet

I takt med att allt mer vård kan ges i öppna former innebär det att omfattning och svårighetsgrad av vård och omsorg utanför sjukhus är betydligt större än före 1990-talets stora reformer. Ansvar för att vårda allt fler svårt sjuka personer med stora omvårdnadsbehov

har förts över från specialiserad vård till kommunernas vård och omsorg och landstingets primärvård.

De medicinska resurserna i form av läkarmedverkan och tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunal vård och omsorg har också förts över men det är sannolikt att denna resursomflyttning varit otillräcklig. Läkarresursens tillgänglighet för patienter och personal i den kommunala hälso- och sjukvården ser mycket olika ut över landet. Bland annat är det på sina håll svårt för läkare i primärvården att göra hembesök.

Hälso- och sjukvårdens ”utflyttning” från sjukhusen ställer allt högre krav på sjukvårdshuvudmännens förmåga att kunna fungera sammanhållet och flexibelt samtidigt som insatserna blir alltmer avancerade. Vilka åtgärder som görs och kan göras i slutenvård respektive i öppenvård kommer ständigt att förändras. Gränserna förflyttas i takt med den medicinska utvecklingen. Kommunernas och landstingens respektive ansvar för hälso- och sjukvård och socialtjänst är på många sätt kommunicerande kärl.

Vilka insatser som kan göras i öppenvård och hur insatserna ska hänga samman med varandra kan även påverkas av andra faktorer som ligger utanför huvudmännens möjlighet att styra. Det kan t.ex. röra sig om förändrade krav på vård- och omsorgsutbudet som följd av den allmänna tekniska utvecklingen där en större andel av befolkningen använder mer avancerad teknik som kan nyttjas för att interagera med socialtjänsten och sjukvården. Urbaniseringens effekter kan påverka utbudet och utformningen av hälso- och sjukvård och socialtjänst. För sjukvårdshuvudmännen, både landsting och kommuner, innebär detta att efterfrågan på olika insatser blir avhängigt inte bara den medicinska utvecklingen och slutenvårdens arbetssätt utan även andra samhällsförändringar och värderingsförändringar hos befolkningen.

Utredningen bedömer att utvecklingen mot att allt mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser kan göras i öppen vård kommer att fortgå under överskådlig tid. Det är därför angeläget att styrningen av vård och omsorg samt resursfördelning till olika verksamheter anpassas till denna utveckling.

7.1.2 Nuvarande lagstiftning är anpassad efter förhållanden som rådde för tjugo år sedan och fungerar inte tillfredsställande i dag

Planeringsprocessen som är lagfäst i betalningsansvarslagen är inte längre fullt ut adekvat och är i viss utsträckning ett hinder för kortare väntetider, se avsnitt 5.4.3. Motsvarande slutsats dras av Inspektionen för vård och omsorg som anför att bestämmelserna om vårdplanering är inte helt anpassade till den utveckling som har skett inom hälso- och sjukvården med bland annat kortare vårdtider.² Många kommuner väljer i dag att ”ta hem” patienter utan att vårdplanera på sjukhus eftersom planeringen blir bättre om den görs när patientens tillstånd stabiliserats något efter sjukhusvistelsen. Det blir dessutom en kortare väntetid på sjukhuset och vidare i vårdprocessen. Den planeringsskyldighet som finns i betalningsansvarslagen blir i praktiken alltför inriktad på samarbetet mellan slutenvård och kommun. Primärvård och annan öppenvård som är de kommunala enheternas viktigaste samarbetspart efter att patienten lämnat sjukhuset är ofta inte delaktiga i planeringen. Planeringsprocessen behöver generellt sett starta tidigare än vad som är normalfallet i dag. Detta gäller särskilt patienter inom psykiatrisk vård. Planeringssituationen försvåras för de patienter som vårdas enligt LRV eller LPT eftersom planeringsskyldigheten är reglerad i flera författningar och det är oklart hur de olika bestämmelserna förhåller sig till varandra.

Planeringsskyldigheten i BAL innebär en dubbelreglering. Utredningen bedömer att regleringen av planeringsprocessen måste förändras och att det ligger inom ramen för utredningens uppdrag att föreslå åtgärder inom detta område, se vidare avsnitt 7.4.

Primärvård/öppenvård deltar inte i planeringsarbetet i den utsträckning som skulle behövas

De lagändringar som genomfördes 2003 syftade till att stärka incitamenten för samverkan. Skälet var att det uppmärksammats omfattande brister i samverkan mellan den slutna vården, primär-

² IVO, Äldre efterfrågar kontinuitet – Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013 s. 4 samt s. 15.

vården och socialtjänsten när en patient skrevs ut från sjukhus, det gällde såväl äldre som personer med psykiska funktionsnedsättningar. Lagändringarna innebär att kraven på en gemensam vårdplanering skärptes. Två år senare kompletterades regelverket med Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. Bestämmelserna ska tillämpas av både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Parallellt med detta har samverkansbestämmelser införts i annan lagstiftning.

I samband med lagändringarna 2003 infördes en bestämmelse i 11 a § BAL som innebär att om de insatser som landstinget ansvarar för enligt den upprättade vårdplanen inte kan utföras så inträder inte något betalningsansvar för kommunen. Eftersom öppenvården/primärvården sällan är med och upprättar någon vårdplan – dvs. landstingets insatser efter slutenvårdstiden är inte med i vårdplanen – så blir denna bestämmelse verkningslös. Utredningen känner till några enstaka fall där kommunens betalningsansvar inträtt men där fakturorna makulerats på grund av att landstingets öppenvård inte kunnat utföra sin del av vården.

Utredningen drar slutsatsen att den ambition som låg bakom lagförändringarna 2003 om att skapa starkare incitament för samverkan inte infriats. Den landstingsfinansierade öppenvårdens deltagande i planeringen i utskrivningssituationen är alltför bristfällig.

De ekonomiska incitamenten för korta väntetider är för svaga i dagens lagstiftning

Som utredningen redovisat i avsnitt 4 är det ett generellt problem att patienter får vänta onödigt länge på att komma vidare i vårdprocessen. Väntetider är negativt för patienterna och innebär också att resurser används ineffektivt. Det finns därför anledning att vidta åtgärder för att förbättra situationen.

Att styra med ekonomiska incitament är vanskligt, men ibland nödvändigt. Ekonomiska incitament riskerar att ge oönskade bieffekter. Fokus läggs på att åstadkomma det som incitamenten styr mot men ett regelverk kan aldrig vara så heltäckande att det täcker in alla situationer. Konstruktion av ekonomiska incitament måste alltid utformas så att det finns tillräcklig acceptans och utrymme för professionella bedömningar i det enskilda fallet. Därav följer att detaljeringsgraden inte bör vara för omfattande.

Vid införandet av betalningsansvarslagen var styrning med denna typ av ekonomiska incitament nytt och relativt oprövat. Därför beslutade riksdagen samtidigt om en snar uppföljning av hur de ekonomiska incitamenten fungerade. Betalningsansvarskommittén bedömde i SOU 1993:49 att de ekonomiska incitamenten i lagstiftningen fungerade och att de skulle kvarstå.

Utredningen bedömer att det också fortsättningsvis finns ett behov av ekonomiska incitament för att sätta tillräckligt tryck på parterna att åstadkomma kortare väntetider och samverka runt den enskilde. De ekonomiska incitamenten behöver dock konstrueras om och anpassas till dagens situation för att bidra till en lösning på de problem som utredningen identifierat. Utredningen har, som utgångspunkt vid konstruktionen av förslagen, beaktat att alla problemområden som skulle behöva åtgärdas inte lämpar sig för styrning med hjälp av ekonomiska incitament. Inte heller är lagstiftning alltid en möjlig eller lämplig åtgärd för att lösa problem.

Det är ineffektivt och ojämnt att lagstiftningen medger längre väntetider för patienter inom psykiatri

Nuvarande betalningsansvarslag gör skillnad mellan olika patientgrupper avseende fristdagar och belopp. De ekonomiska incitamenten för kortare väntetider är därmed olika mellan somatiska patienter och patienter inom psykiatri. Detta är problematiskt ut flera perspektiv. Dels kan hävdas att en lagstiftning som ställer lägre krav på huvudmännen för en viss grupp av patienter åsidosätter prioriteringsprinciperna för hälso- och sjukvården. Dels innehåller socialtjänstlagen ingen prioriteringsordning mellan olika grupper eller olika behov på det sätt som finns inom hälso- och sjukvården. Genom annan lagstiftning inom socialtjänstområdet, som innehåller andra "trösklar" och/eller målsättningar med insatserna, kan det dock hävdas att vissa grupper prioriterats totalt sett inom socialtjänstens område. Det gäller barn och personer med vissa funktionsnedsättningar som ingår i LSS personkrets. Detta innebär att för andra grupper gäller samma prioriteringsordning, dvs. ingen grupp är mer prioriterad än den andra. Utredningen menar att det faktum att hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen har olika prioriteringsprinciper sannolikt bidrar till samverkansproblem mellan huvudmännen.

Utredningen menar att betalningsansvarslagens konstruktion med 30 vardagars tidsfrist innan betalningsansvarets inträde jämfört med 5 vardagars tidsfrist inom somatisk vård, i praktiken innebär att stödet till patienter/brukare inom psykiatrin inte blir lika högt prioriterat som för patienter/brukare i den somatiska vården. Utredningen anser mot bakgrund av att det gått så lång tid efter psykiatrireformen att det varken ur vårdens eller socialtjänstens perspektiv är försvarbart att särbehandla patienterna inom psykiatrin vad gäller väntetider. Utredningen föreslår därför att alla patientgrupper får samma reglering i lagstiftningen. Se vidare avsnitt 7.7.

Utskrivningsklara patienter som blir kvar – ett etiskt svårhanterligt dilemma och ett arbetsmiljöproblem

I sammanhanget bör erinras om att utskrivningsklara patienter som blir kvar i slutenvård utgör ett etiskt dilemma för den personal som arbetar där. När platser upptas av patienter som inte behöver denna vård innebär det att patienter som skulle behöva slutenvårdens resurser inte får tillgång till den. Utskrivningsklara patienter som vårdas inom slutenvården bidrar också till överbeläggningsproblematik. Utredningens uppfattning är att överbeläggningar beror på en rad samverkande faktorer, varav kvarliggande utskrivningsklara patienter är en.

Sammantaget innebär detta att kontexten för och kraven på olika verksamheters arbete och inriktning har förändrats sedan lagens tillkomst. Dessa förändringar är så stora att de motiverar en grundlig förändring av nuvarande betalningsansvarslag.

7.1.3 Det finns ett starkt förändringstryck att förbättra vårdprocesserna för patienter inom lagens målgrupp

Som redovisas i avsnitt 2 har utredningen haft ett öppet arbetssätt och diskuterat frågor om effektivitet med ett stort antal berörda aktörer; företrädare för olika patientgrupper, kommunföreträdare, landstingsföreträdare, professionsföreträdare, läns- och regionförbund m.fl. Genom de möten, konferenser, intervjuer och studiebesök som utredningen genomfört är det utredningens uppfattning att samtliga aktörer som berörs av detta anser att dagens situation

innebär dålig kvalitet för patienterna och ett ineffektivt resursutnyttjande för samhället i stort. I den allmänna debatten om utskrivningsklara patienter kan det ibland framstå som att kommunerna i allmänhet är nöjda med dagens situation och att man inte önskar någon förändring. Utredningens uppfattning är att en sådan bild är missvisande. Utredningen uppfattar att det finns starka önskemål även från primärkommunalt håll att effektivisera vårdprocesserna så att patienterna får en högre kvalitet på den vård och omsorg de behöver. Sammantaget bedömer utredningen att det finns en stark konsensus bland samtliga berörda parter att dagens situation kring utskrivningsklara patienter inte är tillfredsställande och att det finns en vilja till utveckling och förändring.

7.2 Allmänna utgångspunkter för förslagen

7.2.1 Förutsättningarna för att skapa en sammanhållen vård och omsorg ser olika ut över landet

Sveriges decentraliserade välfärdsmodell innebär att ansvaret för olika insatser inom vård och omsorg med något undantag vilar på två olika huvudmän. Undantaget är exempelvis assistansersättningen som ryms inom socialförsäkringssystemet. Vid 1990-talets stora reformer drogs ansvarsgränser om men behovet av nära samverkan mellan olika aktörer var fortsatt avgörande för att skapa en helhet i vården och omsorgen till berörda grupper. Lagstiftningen innehöll därmed inte detaljerade bestämmelser i någon större utsträckning avseende hur vårdkedjor skulle se ut eller exakt vem som gör vad runt den enskilde. Syftet med att avstå från detaljerad lagstiftning var att huvudmännen lokalt skulle överenskomma om hur de gemensamma resurserna skulle användas på det mest effektiva sättet med utgångspunkt i lokala resurser och förutsättningar.

Utredningen vidhåller denna princip. Det är inte möjligt att reglera i lag hur det lokala samarbetet och vårdprocesserna ska se ut. Ansvaret för att närmare bestämma hur det lokala vård- och omsorgsutbudet ska se ut måste tas av huvudmännen gemensamt och lokalt. Utgångspunkten för utredningen blir därmed att lagstiftaren bör reglera att huvudmännen ska samverka med varandra i olika avseenden men inte detaljreglera innehållet i huvudmännens utbud.

Utredningens principiella ställningstagande avseende detaljeringsgrad i reglering om informationsöverföring

Utredningen menar att det är viktigt att avvägningen avseende lagens detaljeringsgrad blir adekvat. Denna principiella utgångspunkt har varit vägledande för utredningens överväganden i samtliga delar som gäller informationsöverföring mellan berörda enheter. Informationsutbytet mellan berörda parter och inte minst patienten är omfattande i en utskrivningsprocess och det är inte lämpligt att regelverket blir alltför detaljerat då det enligt utredningens mening uppstår en risk att de professionellas fokus hamnar alltför mycket på att "följa lagen" eller annorlunda uttryckt: att "göra saker rätt" i stället för att "göra rätt saker". En viktig utgångspunkt är också att lagstiftaren måste förlita sig på att berörda enheter och de professionella som finns runt patienten utbyter information med varandra på ett sätt som gagnar patienten och dennes vårdprocess. Att detaljreglera informationsöverföringen avseende hur, när, vem och informationens innehåll riskerar att bli oflexibelt och enligt utredningens bedömning kan den administrativa bördan för såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten komma att öka ju mer detaljerade bestämmelser som regelverket har. Utredningen har därför valt att endast reglera sådana informationsöverföringsåtgärder som utredningen bedömt nödvändiga för att säkerställa dels att patienten kan lämna slutenvården på ett tryggt sätt, dels för att det ska vara tydligt när betalningsansvaret ska inträda.

7.2.2 Den nya lagen måste på ett bättre sätt säkerställa god vård och god kvalitet i socialtjänsten

God vård är ett samlingsbegrepp som visar vilka mål och kriterier som ska vara vägledande när man följer upp hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader. God vård är:

- 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.

Begreppet God kvalitet i socialtjänsten har på liknande sätt varit föremål för ett omfattande arbete för att bryta ned i närmare definitioner som går att praktiskt omsätta vid exempelvis uppföljning av verksamhet. Socialtjänsten styrs av lagstiftning och nationella styrdokument. Som komplement behövs områden som knyter an till lagstiftningen. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting arbetade under 2010 fram definitioner på sex områden:

- Självbestämmande och integritet

Självbestämmande och integritet innebär att den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val.

- Helhetssyn och samordning

Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. Då den enskilde har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare och professioner är dessa samordnade. Det finns en tydlig ansvarsfördelning. Tjänsterna präglas av kontinuitet.

- Trygghet och säkerhet

Trygg och säker innebär att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Tjänsterna är transparenta vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.

- Kunskapsbaserad verksamhet

Kunskapsbaserad innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenheter tas till vara.

- Tillgänglighet

Tillgänglig innebär att det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och pro-

fessionen präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.

- Effektivitet

Effektivitet innebär att resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten.

Ledtider är väntetid ur patientens perspektiv

Inom ramen för övergripande definitioner avseende såväl god vård och god kvalitet i socialtjänsten finns således tidsaspekten med, dvs. att insatser och åtgärder ska vidtas inom rimlig tid för den enskilde. I den allmänna debatten om betalningsansvarslagen, i samtliga förarbeten och i samtliga nationella uppföljningar benämns ledtider mellan slutenvård och vård och omsorg som just ”ledtider”, ”frist dagar”, ”planeringstid”, ”omställningstid”, ”verkställighetstid” m.fl. Samtliga dessa begrepp avspeglar en verksamhetsmässig och organisatorisk syn på vad detta handlar om. För utredningen har patientperspektivet varit en central utgångspunkt i arbetet. Utredningen har därför anammat ett annat perspektiv på ”ledtider” och liknande begrepp. Ur patientens perspektiv handlar detta om *väntetider* för att få komma vidare i vårdkedjan.

Det är inte god vård att ligga på sjukhus när man inte behöver

Vård på rätt nivå och på rätt ställe är en självklar del av god vårdbegreppet. I sammanhanget brukar uttrycket LEON-principen användas, vilken innebär att det som bör eftersträvas är att vård ska ges på lägsta effektiva omhändertagandenivå. Vård på fel vårdnivå kan bli onödigt dyr och är inte anpassad till de behov som patienten har i den givna situationen. Patienter som blir kvar i slutenvård när de inte längre behöver sådan vård är inte effektivt användande av resurser och kan medföra att andra patienter som behöver slutenvårdens resurser inte får del av den i rätt tid. Ur individens perspektiv är slutenvården inte anpassad att ta hand om behov som patienten har efter att slutenvården behandlat det som var orsaken till att patienten behövde heldygnsvård. Patientens behov tillgodoses då bättre av annan vårdnivå eller annan enhet.

Sjukhusmiljön är inte heller optimal när det gäller allmänt välbefinnande och tillfrisknande när diagnostik och behandling som kräver sjukhusets resurser är avslutad. En risk med långa vårdtider där resurser för rehabilitering inte är tillräckliga är att patienten förlorar förmågor som patienten hade före sjukhusvistelsen. Ytterligare en viktig aspekt är att slutna vård är den vårdform som innebär störst risker ur ett patientsäkerhetsperspektiv, t.ex. risken för infektioner.

7.2.3 Kontinuitet

Från patienternas sida efterfrågas kontinuitet. Det finns mycket som talar för att det är en viktig faktor för ett effektivare resursutnyttjande såväl inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, som när olika enheter behöver samverka med varandra. Att patienten får träffa samma person (-er) ökar värdet i mötet med de professionella eftersom mycket grundläggande information då inte behöver upprepas och tiden kan i stället ägnas åt diskussion och analys av aktuella problem. Det spar också inläsningstid för berörd personal och bidrar sannolikt till ett minskat användande av onödiga undersökningar. Det är också en viktig faktor för patientsäkerheten. Utredningens ambition är att det nya regelverket ska bidra till bättre kontinuitet för patienten.

7.2.4 Möjligheten att fånga upp patienter vars vård och omsorg behöver planeras och samordnas

Det är ett väl känt problem att äldre personer med flera kroniska sjukdomar lätt hamnar mellan stolarna i dagens specialiserade vård- och omsorgssystem. Även för patienter med psykiska funktionsnedsättningar finns ett stort inslag av att bollas runt i systemet utan att deras vård och omsorg styrs upp och planeras på ett långsiktigt sätt. En mängd olika insatser görs för dessa grupper med sammanstatta behov, men de görs utan samordning och helhetssyn. Sannolikt bidrar denna problematik också till att hälsoproblem hos dessa målgrupper förbises, t.ex. att hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte uppmärksammar att en äldre person lider av psykisk

ohälsa. En annan välkänd problematik är att somatiska symptom hos patienter med psykisk funktionsnedsättning inte upptäcks.

Det finns således en grupp patienter där det brister i helhet och kontinuitet i vården och omsorgen. De är heller inte alltid kända av kommunen. Gruppen är sannolikt inte så stor men som grupp betraktat är de storkonsumenter av sjukvård. En rapport från Stockholms läns landsting *Utveckling av innovativa och fokuserade beställarstrategier för bättre hantering av vårdtunga patienter*, 2009 beskriver målgruppen och vårdkostnaderna för de mest resurskrävande patienterna inom SLL. Rapporten visar att under 2008 stod cirka 10 procent av befolkningen inom SLL (200 000 personer) för uppskattningsvis 79 procent av den sjukvårdskostnad på cirka 22 miljarder kronor som genom interna databaser går att koppla samman med ett visst vårdtillfälle. Cirka 1 procent av befolkningen (ca 20 000 personer) stod för 33 procent av kostnaderna. Om man bara tittar på den slutna somatiska vården står cirka 1 procent av de vårdtunga patienterna för 48 procent eller knappt 6 miljarder, av den totala slutenvårdskostnaden om cirka 12 miljarder kronor. Analysen omfattade inte kommunernas kostnader för vård och omsorg till denna grupp. Gruppen vårdtunga patienter beskrivs som multisjuka och vårdfrekventa och har en medianålder på 71 år med en jämn könsfördelning. Dessa patienter är ingen statistisk grupp över tid och vårdkostnaderna för de vårdtunga patienterna drivs av en kombination av flera olika faktorer: flera diagnoser varav många kroniska, många inläggningar där merparten var akuta, långa vårdtider och hög ålder – drygt 60 procent över 65 år (genomsnittsålder: 65 år, medianålder: 71 år). Utredningen bedömer att den grupp som identifierats i denna rapport är en sådan grupp som också omfattas av målgruppen för den föreslagna lagstiftningen. Utredningen menar att det sannolikt finns stor effektiviseringspotential i sjukvården om dessa patienter kan ”fångas upp” på ett bra sätt. Utskrivningssituationen utgör ett sådant naturligt tillfälle då det är möjligt att identifiera denna grupp som ”bollas runt” i systemet och att samla alla berörda parter runt den enskildes sammantagna behov av vård och omsorg. Utredningens ambition är att den nya lagstiftningen ska ge bättre incitament till att ”fånga upp” dessa patienter än nuvarande lagstiftning.

7.2.5 Teknikneutralitet

Möjligheten att utföra såväl administrativt arbete som praktiskt arbete på distans via olika tekniska lösningar förbättras kontinuerligt. Utredningen har haft som utgångspunkt att den nya lagstiftningen måste förhålla sig neutral till olika tekniska lösningar och att de förslag som utredningen lägger inte bromsar användandet av ny teknik.

7.2.6 Den nya lagen måste styra mot ett effektivare resursutnyttjande

Utredningen anser att den nya lagstiftningen måste konstrueras så att den styr mot ett effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården och socialtjänsten totalt sett. Begreppen effektivitet och effektivare resursutnyttjande kan tolkas på många sätt. Med effektivitet avser vi hur väl målen för en verksamhet uppnås i förhållande till de resurser som används. Det innefattar att resurserna ska användas på bästa sätt i varje del av verksamheten, liksom att de ska användas till rätt saker så att det samlade resultatet på bästa sätt bidrar till målen. Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen:

en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Motsvarande mål enligt socialtjänstlagen är att

samhällets socialtjänst ska på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor, aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten ska under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

Sådana mycket allmänt hållna mål kan naturligtvis brytas ned i en mängd delmål som är mer användbara för en diskussion om effektivitet. Det bör dock poängteras att detta yttersta mål för vården och socialtjänsten gör det svårt att på ett bra sätt mäta den samlade effektiviteten. De mått som beskriver såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst är därför mer ”processorienterade” än ”effektorienterade”, det vill säga de talar om vad och hur mycket vården och

socialtjänsten gör men inte så mycket om effekterna för hälsa och välbefinnande i befolkningen.

Det är alltid hög effektivitet som bör eftersträvas, att med tillgängliga resurser lämna ett så stort bidrag som möjligt till att nå sjukvårdens och socialtjänstens mål. Hög produktivitet är en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för en effektiv vård. Det räcker inte med att vården och socialtjänsten är produktiva. Det måste även vara rätt saker som utförs, det vill säga sådant som ger stort bidrag till att nå målen. En stigande produktivitet kan vara förenad med en fallande effektivitet, om det är fel saker som görs. Även om ekonomiska incitament kan bidra till ökad effektivitet i delar av vården kan den övergripande måluppfyllelsen och effektiviteten minska. Åtgärdens syfte får således i ett större perspektiv en motsatt effekt, dvs. det sker en sub-optimering.

Det finns många skäl att förbättra vården och omsorgen för sjuka personer som behöver ha nära, tät och långvarig kontakt med sjukvården och socialtjänsten. En ändamålsenlig och effektiv vård och omsorg som bedrivs utifrån den enskildes behov kan förbättra både resultat och resursutnyttjande. En bristande helhetssyn inom vård och omsorg, leder ofta till både sämre resultat och ökade totala kostnader.

Effektiviteten i vård och omsorg kan förbättras. Flera studier från bland annat Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) visar att skillnader i praxis, kvalitet, kostnader och effektivitet mellan olika kommuner och landsting är stora, även om hänsyn tas till strukturella skillnader. Det mest uppenbara sättet att öka effektiviteten är att undvika onödiga kostnader, s.k. kvalitetsbristkostnader. Undvikbar vård, vårdskador och vårdrelaterade infektioner, har negativa effekter för dem som drabbas men kräver också resurser i onödan.

Det finns möjlighet att öka effektiviteten även på andra områden än rena kvalitetsbristområden. Socialstyrelsen har pekat på flera förbättringsområden för vård och omsorg generellt som är relevanta för vården av de svårast sjuka äldre:

- Ett kunskapsbaserat, personcentrerat, säkert och effektivt arbetssätt.
- Arbete över discipliner och yrkesgränser och flexibel användning av kompetens (teamarbete).

- Fokus på patient och resultat, med ändamålsenliga vårdformer och sammanhållna vård- och omsorgsprocesser mellan verksamheter och huvudmän.
- Vård på rätt vårdnivå.
- Delaktiga patienter och anhöriga.
- Stöd till anhöriga.

Utredningen bedömer att motsvarande förbättringsområden är applicerbara även på andra målgrupper exempelvis personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Hur väl den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården fungerar har stor betydelse för kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvård och vice versa. Det medicinska vårdresultatet bygger på att individens vardag fungerar och att deras behov av näringsriktig och god mat, fysiska och sociala aktiviteter samt omvårdnad tillgodoses.

Individens förmåga att klara vardagliga aktiviteter påverkas inte bara av deras funktionsförmåga och vilken sjukvård de får utan även av hur omgivningen fungerar och hur miljön är utformad. Fler svårt sjuka äldre kan bo kvar hemma om bostäder och omgivning anpassas mer efter äldres behov. Det går att använda dagens hjälpmedel på ett mer systematiskt sätt, men också att vidareutveckla och använda ny teknik för att ta fram hjälpmedel för nya användningsområden.

7.2.7 Ny lagstiftning med sikte på att förbättra i "normalsituationer"

Under arbetets gång har utredningen tagit del av en mängd exempel på "extremsituationer", dvs. situationer där utskrivningsprocessen dragit ut på tiden på grund av försvårande omständigheter i det enskilda fallet. Nästan uteslutande handlar det om situationer där kommunen eller landstinget helt eller delvis inte har haft full rådgivning att ordna med insatser efter slutenvårdstiden. Det kan exempelvis röra sig om situationer som beror på patientens livssituation, som att patienten saknar bostad att skrivas ut till. Situationer av denna karaktär, att väntetiderna blir långa och att det beror på

faktorer som kommunen eller enheter inom den öppna vården/primärvården inte kan råda över, är särskilt problematiska ur betalningsansvarslagens perspektiv. Lagen syftar ytterst till att skapa incitament för smidigt samarbete i ”normalfallen” – men ytterligheterna är svåra att förutse. Utredningen bedömer att den nya lagstiftningen, på samma sätt som i dag, måste vara att utforma efter ”normalsituationer” som är de alltigenom dominerande fallen. Att forma huvudkonstruktionen i lagstiftningen, exempelvis att tidsfristen innan kommunens betalningsansvar inträder skulle formas efter sällsynta problemsituationer anser utredningen inte vara en rimlig utgångspunkt. Huvudmännen själva måste överenskomma hur ”ytterlighetsfall” ska hanteras på ett rimligt sätt, vilket i viss utsträckning redan sker i dag. Detta synsätt vilar på att lagstiftaren måste ha tillit till att såväl huvudmän, verksamheter och enskilda professionella hittar väl avvägda lösningar när särskilt problematiska situationer uppstår.

7.3 Lagen och dess tillämpningsområde m.m.

7.3.1 En ny lag ersätter betalningsansvarslagen

Vårt förslag: Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (betalningsansvarslagen) ska upphävas och ersättas av en ny lag; lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Under utredningens arbete har det blivit uppenbart att de förändringar som behövs för att göra betalningsansvarslagen modernare i utformning och innehåll skulle komma att medföra så många förändringar att det inte passar in i den befintliga strukturen. Redan i nu gällande lag har så många ändringar gjorts att den har en splittrad struktur. Utredningen vill därför föreslå en ny lag som utgår från den vårdprocess som vi föreslår ska gälla för samverkan vid utskrivning från den slutna vården. Vi gör bedömningen att våra förslag är så omfattande att det inte är adekvat att foga in dessa i befintlig reglering.

7.3.2 Lagens innehåll och tillämpning

Vårt förslag: Den nya lagen ska inledas med en bestämmelse som beskriver lagens innehåll, struktur och tillämpningsområde.

I lagen ska finnas bestämmelser om planering och samverkan vid insatser för enskilda som efter utskrivning från landstingets slutna vård kan komma att behöva insatser från en kommun i form av socialtjänst eller hälso- och sjukvård.

Lagen ska i de verksamhetsnära delarna tillämpas av vårdgivare och de som bedriver socialtjänst, liksom av yrkesutövare i dessa verksamheter. Bestämmelserna om samverkan mellan landsting och kommun och kommunens betalningsansvar ska tillämpas av landsting och kommun i egenskap av huvudmän för verksamheterna.

Utredningen föreslår att lagen inleds med en bestämmelse som beskriver lagens innehåll och struktur samt tillämpningsområde. I första meningen presenteras den grupp av enskilda som omfattas av lagens bestämmelser; enskilda som efter att ha skrivits ut från landstingets slutna vård behöver insatser från en kommun i form av socialtjänst eller hälso- och sjukvård. De handläggningsrutiner som regleras i lagen ska alltså aktiveras enbart om patienten tillhör denna grupp. Utredningen gör bedömningen att någon ytterligare begränsning av målgrupp eller vårdenhet i den slutna vården inte är ändamålsenlig. Mer om detta i det följande.

I nu gällande betalningsansvarslag anges beteckningarna ”somatisk akutsjukvård”, ”geriatrisk vård” och ”psykiatrisk vård” för att beskriva i vilka vårdsituationer som lagen ska tillämpas. Utredningen föreslår som framgår av avsnitt 7.7 att såväl frist dagar som belopp ska vara enhetliga för alla patienter. Således finns inget skäl att i lag närmare definiera vilken sorts vård som avses. Lagens ska tillämpas vid utskrivning från all slutenvård för patienter inom lagens målgrupp. Detta förslag innebär ingen skillnad mot hur lagen tillämpas i i dag.

Utredningen föreslår även att lagen ska rikta sig till två olika ansvariga subjekt. När det gäller de mer verksamhetsnära bestämmelserna som handlar om vårdprocessen ska bestämmelserna rikta sig till vårdgivare och de som utföra verksamhet inom socialtjänsten. Dessa bestämmelser ska också tillämpas av de som är yrkes-

verksamheterna i dessa verksamheter. I slutet av lagen ska det finnas bestämmelser om samverkan mellan kommun och landsting och om kommunens betalningsansvar. Dessa bestämmelser ska rikta sig till landsting och kommun i egenskap av huvudmän för de aktuella verksamheterna.

Vad gäller *patientgruppen* så föreslår vi att bestämmelsen ska tillämpas på alla patienter som är utskrivningsklara oavsett benämning på den enhet där de vårdas och som behöver fortsatt vård och omsorg av kommunens socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård och landstingets primärvård/öppenvård.

Patienter inom somatisk långtidssjukvård är inte längre en relevant målgrupp

I nuvarande lagstiftning regleras betalningsansvar för två situationer; patienter som vårdas inom enhet för somatisk *långtidssjukvård* samt utskrivningsklara patienter som vårdas inom somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård och psykiatrisk vård (2 och 10 §§ betalningsansvarslagen). Betalningsansvaret för långtidssjukvård var det ursprungliga förslaget till målgrupp i regeringens prop. 1990/91:14, se avsnitt 3.1.1. Förslaget avsåg att förlägga kostnadsansvaret på kommunerna för patienternas långvariga omvårdnad och boende i de fall där kommunen ännu inte övertagit ansvaret för sådana långvårdsinrättningar som var vanliga vid den tiden. Detta skulle påskynda huvudmannaskapsförändringar av olika boendeformer.

Utredningen kan inte finna att det i dag finns kvar några sådana långvårdsinrättningar som drivs av landstinget, som bestämmelsen avser. Huvudmannaskapsförändringarna är genomförda och landstingen är inte längre huvudman för någon av de boendeformer som denna del av lagstiftningen syftar på. Utredningen konstaterar således att bestämmelserna avseende somatisk *långtidssjukvård* är obsoleta och inte behövs i den nya lagen.

Överenskommelser om ansvar för andra patienter

I nuvarande konstruktion av betalningsansvarslagen finns en bestämmelse om att ett landsting och en kommun gemensamt kan bestämma att kommunen ska ha betalningsansvar även för andra patienter än de som avses i lagen och hur det ska regleras ekonomiskt (13 §).

Utredningen anser att någon motsvarande bestämmelse inte behövs i den nya lagen, som ska gälla alla patienter som skrivs ut från den slutna vården och som kan komma att behöva insatser från kommunen. Huvudmännens möjligheter att komma överens om ansvarsfördelning mellan sig regleras i hälso- och sjukvårdslagen och i kommunallagen.

Mellankommunal kostnadsutjämning

I 16 § betalningsansvarslagen finns följande bestämmelse.

När ett landsting har överlåtit verksamheter för vård av psykiskt störda till kommuner som ingår i landstingsområdet, får kommunerna lämna ekonomiska bidrag till varandra, om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna med anledning av överlåtelsen.

Bestämmelsen trädde ikraft den 1 januari 1996 som en följd av psykiatireformen. Utredningen konstaterar att mellankommunala kostnadsutjämningsystem avseende sådana verksamheter inte längre finns och att behovet av sådana har eliminerats i samband med att det nuvarande systemet för kommunalekonomisk utjämning infördes den 1 januari 2005.

Någon motsvarande bestämmelse behövs därför inte i den lag vi föreslår.

7.3.3 Patienter som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård undantas från den nya lagen

Vårt förslag: Patienter som vårdas med stöd av lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård ska undantas från tillämpning av den nya lagen.

En person som begått brott kan dömas till rättspsykiatrisk vård i stället för fängelse om han eller hon har en allvarlig psykisk störning. Om en person döms till rättspsykiatrisk vård kan den vara villkorad med särskild utskrivningsprövning. Sådan ges om den psykiska störningen hos den skyldige anses innefatta risk för återfall i brott. För att utreda det psykiska tillståndet hos en person som begått brott genomför Rättsmedicinalverket en rättspsykiatrisk undersökning enligt lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning, förkortad LRU. Man undersöker även om det finns förutsättningar att överlämna personen till rättspsykiatrisk vård. Det ställs samma krav på innehåll och kvalitet på landstingens rättspsykiatriska vård som på den övriga hälso- och sjukvården, med tillägget att den rättspsykiatriska vården också ska arbeta för att förebygga återfall i brott.

Rättspsykiatrisk vård kan även ges i öppen form. Förvaltningsrätten beslutar efter ansökan från chefsöverläkaren om en patient ska föras över till denna vårdform. I ansökan ska det finnas med en samordnad vårdplan där det framgår vilka insatser som patienten behöver från såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten. Det ska också tydligt framgå vem som har ansvaret för dessa insatser.

Sammanlagt 558 patienter skrevs ut från den rättspsykiatriska vården i Sverige under åren 2009–2013. Medianvårdtiderna för vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård är 43 månader, (3,5 år). Det föreligger stora skillnader mellan de olika rättspsykiatriska enheterna i landet avseende medianvårdtid, från 20 månader (drygt 1,5 år) och 88 månader (drygt 7 år)³.

I nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister finns uppgifter om samverkansbehov för denna patientgrupp. Uppgifter i registret för 2013 visar att för drygt 90 procent av patienterna finns en fungerande samverkan med externa aktörer. Men denna patientgrupp har i regel behov av att det sker samverkan mellan flera externa aktörer. Exempelvis kan det vara så att det finns fungerande samverkan med en del av kommunens verksamhet medan det finns samverkansbehov med en annan del som inte är tillgodosett. För en tredjedel av patienterna finns det behov som ännu inte är tillgodosedda.

Patienter som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård är en utsatt och sårbar grupp. Även innan de har begått de brott, som de

³ Nationell rättspsykiatrisk årsrapport 2013, s 13.

har dömts för, har en stor andel haft kontakt med den psykiatriska vården. Utöver den psykiatriska problematiken har de rättspsykiatriska patienterna ofta också ett missbruk. Behoven av insatser efter slutenvårdstiden hos denna målgrupp omgärdas enligt utredningens uppfattning av särskilda omständigheter. Utredningen föreslår att patienter som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård ska undantas från tillämpning av denna lag. Skälen till detta är bland annat följande.

En annan samverkans- och planeringsprocess i lagen om rättspsykiatrisk vård

Hur olika enheter ska samverka med varandra i planeringen av den enskildes fortsatta vård efter tiden i slutenvård är detaljerat reglerat i lagen om rättspsykiatrisk vård. Det är sålunda en planeringsprocess som avsevärt avviker från den planeringsprocess som utredningen föreslår, se avsnitt 7.4.

Vårdtiderna är längre – längre tid för planeringsarbete

Vårdtiderna är betydligt längre jämfört med vård enligt hälso- och sjukvårdslagen och lagen om psykiatrisk tvångsvård. Förutsättningarna och tiden för att planera inför utskrivning för patienter som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård är annorlunda jämfört med andra patienter. Sammantaget innebär detta en annan vårdssituation än för övriga patienter.

Ekonomiska incitament skjuter över målet för denna grupp

Utredningens syfte med lagförslaget om kommunernas betalningsansvar är att det ska utgöra ekonomiska incitament för kortare väntetider. Incitamenten ska, enligt utredningens avsikt, göra att huvudmännen genom förändrade arbetsätt och en tätare samverkan har uppjordade rutiner mellan sig. Patienter som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård är mycket få vilket innebär att de nästan alltid utgör "sällanpatienter" för en genomsnittlig kommun. Det är enligt utredningens uppfattning därför inte rimligt eller

praktiskt möjligt att på förhand komma överens om rutiner för samverkan för patienter som är så få och som i regel kräver mycket utrednings- och planeringsarbete. De ekonomiska incitamenten som regleras i lagen kommer inte att fungera som utredningen avsett för denna grupp patienter.

En särskilt komplicerad utskrivningsprocess

Patienter som vårdas med stöd av lagen om rättspsykiatrisk vård har enligt vad utredningen erfar så gott som alltid en mer komplicerad utskrivningsprocess än patienter som vårdas med stöd av hälso- och sjukvårdslagen eller lagen om psykiatrisk tvångsvård. Vården är en påföljd efter ett brott. Omständigheterna runt dessa patienter gör därför att det så gott som alltid måste tas särskilda hänsyn med tanke på det brott som föranlett tvångsvården och med hänsyn till eventuella risker för återfall i brott. För kommunerna innebär detta ett omfattande planeringsarbete med ofta grannliga överväganden där även säkerhetsfrågor aktualiseras. Utskrivningsprocessen är därför betydligt mer komplicerad än för andra patienter och kräver en samsyn mellan vården och de kommunala enheterna som bygger på tillit och förtroende. Den ytterligare tidspress som ett betalningsansvar skulle innebära skulle därmed kunna bli en betydande nackdel. Särskilt mot bakgrund av att det är svårt att i förväg ha överenskomna rutiner för hur utskrivningsprocessen ska se ut.

Enligt *Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, årsbok 2013* är cirka 11 procent av alla patienter som har bedömts vara färdiga för rättspsykiatrisk öppenvård kvar i slutenvård. Jämfört med andelen utskrivningsklara patienter inom somatisk vård, se avsnitt 4.9, är det en hög andel. Det innebär att väntetider är ett problemområde även för denna grupp patienter och som kräver utvecklingsarbete från båda huvudmännen för att komma tillrätta med. Som ovan anförts anser utredningen att ekonomiska incitament inte är en lämplig väg för att stimulera ett sådant utvecklingsarbete.

Vården äger oftast inte själva beslutet om att patienten är utskrivningsklar

Enligt uppgifter som utredningen tagit del av har cirka 80 procent av patienterna som vårdas med stöd av lagen om rättspsykiatrisk vård även så kallad särskild utskrivningsprövning (SUP). Det innebär att vården aldrig kan upphöra eller omvandlas till öppenvård annat än genom domstolsbeslut. I praktiken innebär detta att vården inte själva äger beslutet om när patienten är utskrivningsklar, vilket komplicerar utskrivningssituationen ytterligare särskilt för de kommunala berörda enheterna.

Särregleringen skulle inte medföra gränsdragningsproblem

Utöver de argument som anges ovan anser utredningen att ett undantag för denna målgrupp inte skulle medföra några gränsdragningsproblem vilket ofta annars är fallet vid särreglering och som också måste vägas in i den samlade bedömningen. Innebörden är således att så länge patienten vårdas med stöd av LRV ska den föreslagna lagen inte tillämpas. Om LRV vården övergår i vård enligt LPT eller HSL ska den föreslagna lagen tillämpas.

7.3.4 Utredningen förslår inga ytterligare undantag för andra patientgrupper

Utredningens bedömning: Utredningen bedömer att det inte finns tillräckliga skäl för att föreslå undantag för andra patientgrupper från att omfattas av den föreslagna lagen utöver patienter som vårdas med stöd av lagen om rättspsykiatrisk vård.

Utredningen har övervägt om det finns andra patientgrupper som i lagstiftningen på något sätt ska undantas från bestämmelser om kommunens betalningsansvar.

Vård i livets slut

En patientgrupp där det förekommer att reglerna om kommunalt betalningsansvar inte tillämpas, antingen genom att man formellt överenskommit detta eller för att en lokal praxis vuxit fram, är patienter som befinner sig i livets slut. Kommittén om vård i livets slut som i sitt slutbetänkande (*Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut*, SOU 2001:6) föreslog att kommunernas betalningsansvar inte skulle omfatta patienter i livets slutskede. Kommittén ansåg också att begreppet ”medicinskt färdigbehandlad” var stötande när det gällde döende patienter. De lagändringar som genomfördes 2003 innebar att begreppet ”medicinskt färdigbehandlad” byttes ut mot ”utskrivningsklar” men regeringen föreslog inget undantag för denna patientgrupp i betalningsansvarslagen.

Utredningen uppfattar att praxis på många håll är att berörd personal hanterar vård i livets slut utifrån vad som är patientens och närståendes önskemål och att det uppfattas som närmast oetiskt att tillämpa lagstiftningen om kommunalt betalningsansvar i dessa fall. Utredningen har vägt för- och nackdelar med att i lagstiftning undanta denna patientgrupp och funnit att lagen inte bör kompliceras ytterligare av undantagsbestämmelser. I vilken verksamhet som en patient bäst får sitt behov av palliativa insatser tillgodosedda måste bedömas individuellt. Oklara och svårbedömda situationer kommer alltid att uppkomma för dem som ska göra de konkreta bedömningarna av hur vården bäst ska utformas. När det uppstår etiskt svåra ställningstaganden så får utgångspunkten vara att dessa hanteras etiskt och medicinskt lämpligt av berörd personal utan att lagstiftningen behöver ange hur.

Utredningen anser att lagstiftningen bör hållas så enkel som möjligt eftersom den ska kompletteras av lokala regelverk. Att i lagstiftning införa särregleringar för olika grupper kan bli mycket komplicerat. Oavsett hur detaljerat lagstiftaren definierar en viss grupp uppkommer alltid gränsdragningsproblem i det praktiska tillämpandet. Sådana praktiska tillämpningsproblem leder i regel till konflikter. Sådana konflikter skulle i många fall också kunna vara etiskt stötande. Utredningen menar att när det gäller personer i livets slut är det inte alltid okomplicerat att definiera den grupp som skulle vara föremål för särreglering. Utredningen anser som framgår av avsnitt 7.5.1 att huvudmännen måste ges stort utrymme

att lokalt bestämma hur verksamheten ska bedrivas för olika grupper av patienter. I det ligger att man lokalt reglerar hur olika patientgrupper ska tas om hand. Det bygger också på ett förtroende, inte bara mellan lagstiftaren och huvudmännen, utan också ett förtroende för professionerna att hantera uppkomna situationer på ett etiskt lämpligt sätt. Av dessa skäl avstår utredningen från att föreslå särreglering vad gäller frist dagar för olika grupper av patienter, förutom för patienter som vårdas med stöd av lagen om rättspsykiatrisk vård. Det står dock huvudmännen fritt att komma överens om annat, se avsnitt 7.5.1.

7.3.5 Lagens syfte

Vårt förslag: I lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska det finnas en bestämmelse som uttrycker lagens syfte. Lagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda, som efter utskrivning från den slutna vården behöver insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och som också kan ha behov av insatser från den öppna vården. Lagen ska särskilt främja att en patient skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.

Utredningens utgångspunkt är som tidigare nämnts patientens perspektiv, dvs. patientens behov av att få en trygg och säker utskrivning utan onödiga väntetider och där patientens behov av kontinuitet tillgodoses. Detta bör särskilt markeras genom en syftesbestämmelse i lagen. Bestämmelserna i lagen syftar i första hand till att patienter ska få god och säker vård och socialtjänst vid övergången från slutna vård till kommunal vård och socialtjänst och till öppen vård.

Utredningen menar att för att nå detta mål ska bestämmelserna i lagen särskilt främja att en patient skrivs ut från den slutna vården så snart det är möjligt efter det att den behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar.

7.3.6 Viktiga definitioner

Vårt förslag: I lagen ska det finnas definitioner av begreppen hälso- och sjukvård, socialtjänst, sluten vård, öppen vård och utskrivningsklar.

Utredningen gör bedömningen att lagen ska innehålla en bestämmelse som definierar några för lagen centrala begrepp.

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvård är ett begrepp som kan beskriva såväl insatser för en enskild person som verksamheter som utför sådana insatser. Begreppet kan också användas för att beskriva samhällets samlade verksamhet inom området (SOU 2013:44 s. 96).

Vi föreslår att begreppet i första hand ska användas i lagen för att beskriva insatserna. Det är det begreppet som ska definieras. Men ordet kommer också att användas för att åtskilja verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård från andra verksamheter. Utredningen gör bedömningen att det inte finns någon större risk för missförstånd i detta avseende.

Hälso- och sjukvård definieras dels som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, dels som sjuktransporter. Det är samma definition som används i patientlagen (2014:821). Den har utformats med definitionen i hälso- och sjukvårdslagen som förebild. Definitionen av hälso- och sjukvård som tillämpas i patientlagen omfattar dock inte omhändertagande av avlidna. Det gör inte heller definitionen i vårt förslag.

Socialtjänst

På motsvarande sätt som när det gäller begreppet hälso- och sjukvård ska begreppet socialtjänst beskriva insatser för en enskild person. Men begreppet kommer också i viss omfattning att syfta på verksamheter som utför sådana insatser. Socialtjänst ska definieras som sådana insatser som erbjuds en enskild person med stöd av lagstiftningen om socialtjänst och den särskilda lagstiftningen om vård utan samtycke av unga eller av missbrukare och verkssamhet

enligt lagstiftningen om stöd och service, närmare bestämt SoL, LSS, LVM samt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU.

Definitionen utgår från den definition av socialtjänst som används i 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Sluten vård

Eftersom lagen reglerar patientens övergång från sluten vård till öppen vård finns anledning att definiera dessa begrepp. I 5 § HSL definieras sluten vård som vård som ges under intagning. För hälso- och sjukvård som kräver intagning ska det finnas sjukhus. Annan vård benämns enligt lagen öppenvård. Utredningen föreslår att den definition som används i Socialstyrelsens termbank ska användas. Den skiljer sig inte på något avgörande sätt från den som finns i hälso- och sjukvårdslagen, men är lite mer utförlig. I termbanken rekommenderas att sluten vård definieras som hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård.

Öppen vård

I Socialstyrelsens termbank rekommenderas att öppen vård definieras som hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar. Den definitionen är inte helt lyckad när det gäller den patientgrupp som omfattas av lagen. Dessa patienter har ofta behov av kontinuerliga insatser från landstingets öppna vård. Det kan också vara fråga om hemsjukvård, som också anses innefattas i den öppna vården trots att insatserna inte begränsas till några timmar.

Oftast avses landstingets öppna vård när detta begrepp används, men även kommuner kan bedriva hälso- och sjukvård upp till sjuksköterskenivå. För att betona när det bara är landstingets öppna vård som menas, kan detta skrivas ut.

Utredningen behöver ett begrepp som motsvarar all hälso- och sjukvård som inte är sluten vård. Vi ansluter oss därför till hälso-

och sjukvårdslagens definition; annan hälso- och sjukvård än slutenvård.

Utskrivningsklar

Utredningen anser att den definition av begreppet utskrivningsklar som finns i 10 § betalningsansvarslagen ska användas även i den nya lagen.

En patient är utskrivningsklar om han eller hon av den behandlande läkaren inte längre bedöms behöva vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård.

Utredningen konstaterar att tolkningar av begreppet utskrivningsklar i stor utsträckning ger upphov till konflikter och att denna konfliktyta bestått sedan lagen infördes. Många av de kommuner utredningen talat med efterlyser en tydligare definition av begreppet utskrivningsklar t.ex. att lagen borde ange att alla prover och undersökningar genomförts, att ADL-bedömning genomförts m.m. I det norska systemet anges vilka åtgärder som ska vara vidtagna för att en patient ska bedömas som utskrivningsklar.⁴ Utredningen menar att sådana villkor skulle innebära en betydande detaljreglering. Det skulle sannolikt fungera utmärkt på många håll men innebära ett ingrepp i hälso- och sjukvårdens arbetssätt och organisation på andra håll i landet. Förutsättningarna att detaljreglera i detta avseende skiljer sig mellan Sverige och Norge, eftersom ansvaret för slutenvård är annorlunda än i Sverige. Utredningen bedömer att det inte är lämpligt att i lagstiftning ha en mer detaljerad definition av begreppet utskrivningsklar. Motsvarande ståndpunkt kom även Betalningsansvarskommittén fram till, se avsnitt 3.1.1, även om motsvarande uttryck då var ”medicinskt färdigbehandlad”. Utredningen finner att konflikter om bedömningen av om patient är utskrivningsklar eller inte, ofta beror på att huvudmännens inte samverkar tillräckligt bra. Man har helt enkelt inte en samsyn över organisationsgränserna över hur vårdprocesserna ska se ut lokalt och hur olika behov hos målgruppen för denna lag ska tillgodoses. Utredningen bedömer att om huvudmännen mellan sig

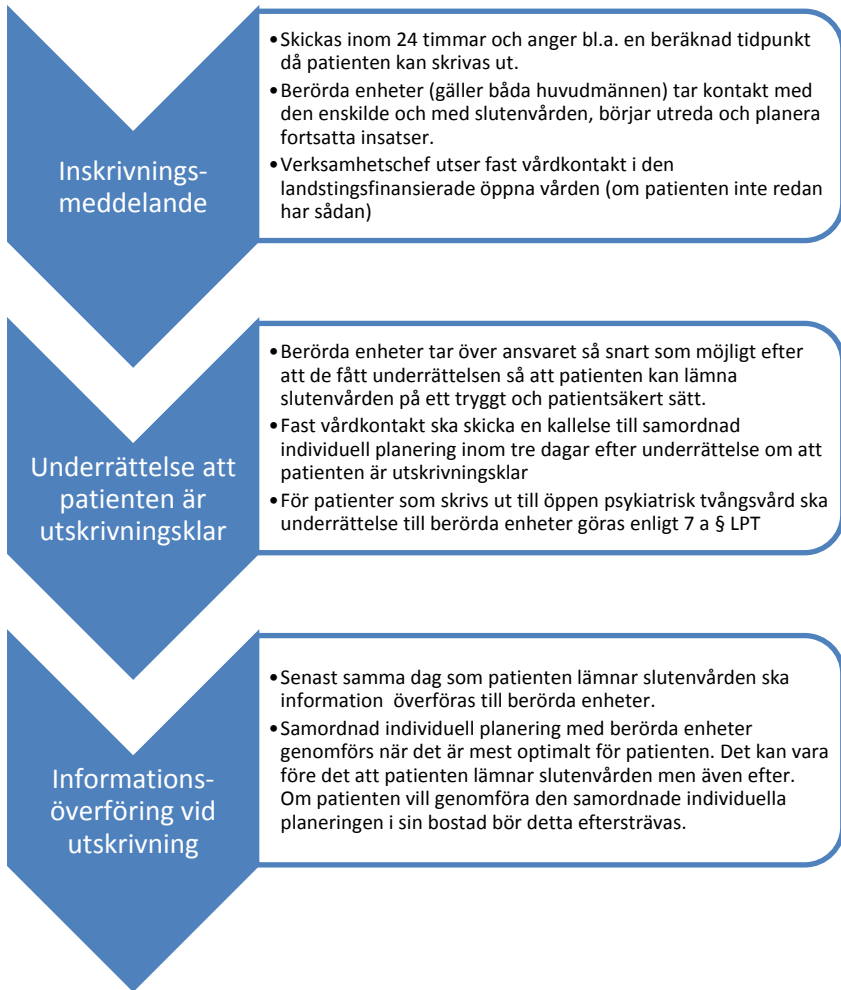
⁴ 9 § Forskrift om kommunal betalning för utskrivningsklare pasienter.

närmare vill definiera vilka villkor som ska vara uppfyllda för att en patient ska bedömas som utskrivningsklar så kan detta göras i den överenskommelse som ska upprättas mellan huvudmännen, se utredningens förslag i avsnitt 7.5.1.

I specialmotiveringen till begreppet utskrivningsklar i nuvarande lagstiftning, se avsnitt 5.4.5, angavs att vid denna bedömning ska hänsyn tas även till övriga resurser. Utredningen anser att detta vore en olycklig ordning. Det skulle innebära att den behandlande läkaren i slutenvården vid bedömning av om patienten är utskrivningsklar måste ha relativt detaljerad kunskap om hur resurserna ser ut utanför sjukhuset inom såväl kommunala enheter som enheter inom den landstingsfinansierade primärvården och annan öppenvård. Det fungerar inte så i praktiken, även om det inte är ovanligt att viss hänsyn tas till exempelvis om patienten ska skrivas ut till korttidsplats, särskilt boende eller till ordinärt boende. Utredningen ansluter sig inte till denna definition av begreppet utan anser att bedömningen av om en patient är utskrivningsklar är en professionell bedömning som den behandlande läkaren ska göra utifrån sitt yrkesansvar. Läkaren avgör med hänsyn tagen till patientens tillstånd samt till vetenskap och beprövad erfarenhet när en patient är utskrivningsklar, det vill säga när patienten inte längre är i behov av den slutna vården.

7.4 En modern och mer flexibel planering av patientens vård och omsorg

Utredningens lagförslag innefattar bl.a. bestämmelser om informationsöverföring och om planering. Lagförslaget beskriver en vårdprocess för patienter som kan behöva insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården efter utskrivning från den slutna vården. Avsikten är att dels förtydliga vilka krav som måste ställas på ansvariga aktörer jämfört med dagens system, dels att möjliggöra en större flexibilitet avseende vissa moment. Utredningens föreslagna reglering innebär att processen har vissa givna steg enligt modellen nedan.



7.4.1 Inskrivningsmeddelandet initierar planeringen inför patientens utskrivning

Vårt förslag: Om den behandlande läkaren i slutenvården bedömer att patienten kan komma att behöva insatser från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller socialtjänsten efter att patienten har skrivits ut ska läkaren senast 24 timmar efter det att patienten skrivits in underrätta de berörda enheterna genom ett inskrivningsmeddelande. Även berörda enheter inom landstingets öppna vård ska underrättas.

I dag är den behandlande läkaren i slutenvården skyldig att skicka inskrivningsmeddelande till berörda enheter, men det finns ingen skarp tidsgräns för när inskrivningsmeddelandet ska skickas.

Utredningen anser att det är viktigt att berörda aktörer startar sitt respektive utrednings- och planeringsarbete tidigare i processen än som generellt sett är fallet i dag. Detta för att väntetiderna mellan slutenvård och öppenvård och omsorg i öppna former ska kunna hållas korta. Inskrivningsmeddelandet fyller en avgörande funktion i detta.

För att säkerställa att planeringsarbetet kommer igång tidigt i processen föreslår vi att det i lagen införs en skyldighet för behandlande läkare inom slutenvården att underrätta berörda enheter genom ett inskrivningsmeddelande inom 24 timmar efter att patienten skrivits in. Detta för att säkerställa att berörda enheter snabbt får information. Utrednings- och planeringsarbetet förutsätts starta när mottagande enheter erhållit sådant inskrivningsmeddelande. Detta följer av allmänna krav i annan lagstiftning.

I de fall där det först senare i vårdförloppet inom den slutna vården framgår att patienten kan komma att behöva insatser från kommunens socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård och landstingsfinansierad öppen hälso- och sjukvård är det viktigt att inskrivningsmeddelandet skickas så snart som möjligt efter att ett sådant behov identifierats. Utredningen har vägt för- och nackdelar med att föreslå en tidsgräns om 24 timmar även för dessa fall, dvs. att behandlande läkare ska underrätta kommunen inom 24 timmar efter att en sådan bedömning gjorts. Liknande lösning är införd

författning i Norge.⁵ Utredningen har med hänsyn till det principiella ställningstagandet om detaljeringsrad i den nya lagen, se avsnitt 7.2.1, bedömt att nackdelarna med att detaljreglera detta överväger eventuella fördelar och avstår därför från en sådan reglering.

Den behandlande läkarens skyldighet att genom ett inskrivningsmeddelande underrätta berörda enheter gäller även patienter som vårdas med stöd av LPT.

Utan att en formell utredning behöver inledas är det lämpligt att berörda enheter ändå gör en form av förhandsbedömning av en persons hjälpbehov redan i samband med att man underrättas om att en person har skrivits in i den slutna vården. Efter att berörda enheter inom kommun eller landsting har fått inskrivningsmeddelandet är det lämpligt att dessa tar kontakt med patienten och med vårdpersonal för att bilda sig en uppfattning om behovet. Lagens målgrupp omfattar de allra mest utsatta patienterna och för många i denna målgrupp finns nedsatta kognitiva funktioner som gör att de kan ha dålig insikt om de konsekvenser nedsättningen medför– och därmed kan de ha svårt att värdera det egna behovet av insatser. För alla patienter, men i synnerhet de patienter som har nedsatta kognitiva funktioner, är det angeläget att socialtjänsten och andra berörda enheter tidigt etablerar kontakt och, i förekommande fall, påbörjar ett motivationsarbete när man bedömer att personen i fråga skulle vara hjälpt av att få insatser av olika slag. En absolut förutsättning för att berörda enheter ska kunna påbörja ett sådant arbete är att de får vetskap om att en person har skrivits in i den slutna vården så tidigt som möjligt.

Vilka är de berörda enheterna?

Utredningens uppfattning är att huvudmännen lokalt måste definiera vilka enheter som ska vara mottagare av inskrivningsmeddelanden och annan information som senare följer om patienten och att detta inte ska detaljregleras i nationell lagstiftning. Huvudmännens möjligheter att skapa effektiva och säkra informationsöverföringsrutiner som fungerar i den lokala kontexten måste värnas. Det innebär i princip ingen förändring mot nuvarande reglering.

⁵ Merknader till foreskriften om kommunal medfinansiering av specialisthelsetjenesten og kommunal betaling for udskrivningsklare pasienter till 8 § Kapitel 3.

ring, dock är skyldigheten att överenskomma rutiner för informationsöverföring i dag reglerad i Socialstyrelsens föreskrifter. Utredningens förslag innebär att denna skyldighet flyttas till själva lagen. Utredningen föreslår att huvudmännen ska komma överens om samverkan, där rutiner för informationsöverföring är en viktig del. Det är ur såväl effektivitetssynpunkt som integritetssynpunkt synnerligen viktigt att de rutiner för informationsöverföring som huvudmännen måste upprätta mellan sig säkerställer att den information som överförs endast skickas till den mottagare som är behörig. I övrigt finns allmänna krav på säkerhet och effektivitet i samband med informationsöverföring i annan lagstiftning.

Utredningen har inte uppfattat att det generellt sett är några större problem med att i praktiken identifiera vilka de berörda enheterna är i dagens lagstiftning. Utredningen uppfattar att huvudmännen har goda rutiner redan i dag för att identifiera de berörda enheterna, även i de fall patienten är listad på annan öppenvårdsenhet än inom det geografiska område patienten tillhör eller då det av andra skäl finns omständigheter i det enskilda fallet att ta hänsyn till. Eftersom skyldigheten att identifiera berörda enheter inte ändras jämfört med nu gällande regelverk borde inte detta vålla några omställningsproblem. Det får i sammanhanget erinras att den nya patientlagen innebär att patienter ges en utökad möjlighet att välja öppenvård utanför det egna landstinget. Denna utökade möjlighet kan potentiellt innebära att andra enheter än de som huvudmännen identifierat på förhand kan vara en berörd enhet. Patienter som tillhör målgruppen för den av utredningen föreslagna lagen är en mycket utsatt grupp. Det får förutsättas att patienter som väljer vård utanför det egna landstinget utgör en förhållandevis mycket liten del av målgruppen för denna lag. Individuella lösningar i processen med att översända information till rätt berörd enhet torde därför bli sällsynta.

Inskrivningsmeddelande ska lämnas efter en individuell bedömning

Enligt nuvarande lagstiftning ska inskrivningsmeddelande skickas för de patienter som efter att ha skrivits ut *kan komma att behöva* fortsatta insatser av socialtjänst eller socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utredningen har övervägt om det är möjligt att tydligt

urskilja olika patientgrupper där det alltid ska skickas ett inskrivningsmeddelande. Det skulle exempelvis kunna röra sig om patienter med en viss diagnos (exempelvis patienter med demens, patienter med utvecklingsstörning), i ett visst åldersspann (exempelvis över 80 år) eller patienter som vårdas enligt viss lagstiftning (exempelvis LPT) eller som har viss typ av pågående insats (exempelvis LSS-insats).

Psykiatrilagsutredningen (SOU 2012:17) föreslog att behandlande läkare genom ett inskrivningsmeddelande enligt betalningsansvarslagen ska underrätta bl.a. kommunens socialtjänst om att en person som har skrivits in i den slutna psykiatriska tvångsvården kan komma att behöva insatser från socialtjänsten eller primärvården efter utskrivning. Förslaget avsåg i princip gälla samtliga patienter som skrivs in i den psykiatriska tvångsvården. Psykiatrilagsutredningen menade att endast när det framstår som uppenbart att patienten vid utskrivning inte är i behov av några insatser från socialtjänsten bör det vara möjligt att avstå från en sådan underrättelse (SOU 2012:17 s. 437). Förslaget motiverades med hänsyn till den relativt korta vårdtiden för patienter som vårdas ineliggande enligt LPT.

Utredningen har inget att invända i sak mot psykiatrilagsutredningens resonemang att patienter som vårdas med stöd av LPT i princip alltid har behov av fortsatta insatser efter tiden i slutenvård och att det därmed skulle vara motiverat att ha ett inskrivningsmeddelande som obligatorium för denna grupp patienter. Utredningen menar dock att det finns andra patientgrupper som också kan definieras och där det på motsvarande sätt skulle vara motiverat med ett obligatoriskt inskrivningsmeddelande. Samtidigt menar utredningen att en lista på olika patientgrupper där inskrivningsmeddelandet är obligatoriskt inte kan göras för lång. Det finns en överhängande risk att lagen i sådant fall skulle få en "checklistekaraktär." Den individuella behovsbedömningen riskerar i så fall att hamna på undantag. En sådan förteckning av patientgrupper med obligatoriskt inskrivningsmeddelande skulle kunna bli mycket omfattande och ändå måste det finnas en öppning för att inskrivningsmeddelande ska skickas även för patientgrupper utanför den obligatoriska förteckningen. Utredningen menar att ju mer omfattande och detaljerad lagstiftningen är desto svårare blir den att tillämpa i det praktiska arbetet. Risken är att patientgrupper som inte

hamnar inom tillämpningsområdet för ett sådant obligatoriskt inskrivningsmeddelande skulle förbises även om lagstiftningen skulle innehålla en mer generell skyldighet om att inskrivningsmeddelande ska skickas för patienter som kan komma att behöva fortsatta insatser.

Utredningen bedömer mot bakgrund av ovanstående argument att nackdelarna helt klart överväger fördelarna med att införa en förteckning över patientgrupper för vilka ett inskrivningsmeddelande alltid ska skickas. Utredningen föreslår att nuvarande ordning, där ingen särskild patientgrupp omnämns i lagstiftningen vad gäller inskrivningsmeddelande, har fördelen att den innebär individuell behovsbedömning utan undantag.

Den individuella behovsbedömningen innebär också att ett inskrivningsmeddelande inte ska översändas slentrianmässigt för t.ex. alla över en viss ålder eller efter andra kriterier.

Teknikneutralitet

Den föreslagna skyldigheten att lämna ett inskrivningsmeddelande innebär att om berörda enheter har sammanhållen journalföring eller andra tekniska lösningar som möjliggör att berörda parter har tillgång till väsentliga uppgifter om patienten, så räcker det om den behandlande läkaren meddelar berörda enheter att det finns ny information om patienten. Själva innehållet i inskrivningsmeddelandet behöver i dessa fall inte skickas så länge berörda enheter på annat sätt kan ta del av de uppgifter som krävs enligt bestämmelsen.

7.4.2 Inskrivningsmeddelandet måste innehålla mer information för att underlätta mottagande enheters planering

Vårt förslag: Inskrivningsmeddelandet ska innehålla namn, personnummer, folkbokföringsadress samt inskrivningsorsak och en bedömning av när patienten kan skrivas ut.

Enligt nuvarande bestämmelser ska inskrivningsmeddelandet innehålla namn, personnummer och folkbokföringsadress. Vi föreslår att inskrivningsmeddelandet ska innehålla mer information för att underlätta en snabbare start för planerings- och förberedelsearbetet för de parter som ska överta ansvaret för patientens vård och omsorg efter slutenvårdsvistelsen. Vi föreslår att utöver namn, personnummer och folkbokföringsadress, ska inskrivningsmeddelandet även innehålla uppgifter om inskrivningsorsak samt beräknad utskrivningsdag. För slutenvården innebär bedömningen av beräknad utskrivningsdag att det i formell mening är ytterligare ett moment att ta ställning till. Utredningen menar dock att det ofta fungerar så i praktiken redan i dag. Det tillhör ett modernt arbets sätt inom slutenvården att ha en plan för hur handläggningen av patienten ska se ut under slutenvårdstiden. I detta ingår en uppskattning av vårdtiden. En strukturerad och individualiserad utskrivningsplan medför troligen minskningar i längden på sjukhusvistelsen samt färre återinskrivningar för äldre med olika tillstånd som hjärtsjuklighet, kirurgiska eller psykiatriska besvär.⁶

Utredningen har i detta avseende hämtat inspiration från det norska regelverket där inskrivningsmeddelandet som ska skickas inom 24 timmar ska innehålla en bedömning av patientens status, förväntat vårdförlopp och beräknad utskrivningsdag.⁷

Att berörda enheter snabbt får kännedom om inskrivningsorsak och planerad utskrivningsdag är viktigt för att kunna förbereda verksamheterna att ta emot patienten efter utskrivning. Utredningen bedömer att det är nödvändigt att berörda mottagande enheter får denna information tidigare i förloppet än vad som är normalfallet i dag om väntetiderna ska kunna kortas.

Om den planerade utskrivningsdagen ändras är det viktigt att mottagande enheter underrättas så snart som möjligt

Vid inskrivningssituationen ska en bedömning av planerad utskrivningsdag göras, som ska meddelas berörda enheter i inskrivningsmeddelandet. Om denna bedömning behöver revideras i senare

⁶ Socialstyrelsen: Hemvård – En kartläggning av översikter, 2014, s 28-30.

⁷ 8 § 3 kap. Forskrift om kommunal betalning för utskrivningsklare patienter.

skede är det viktigt att berörda enheter underrättas om den ändrade bedömningen så snart som möjligt. Utebliven information om ändrade förhållanden innebär risk för att det uppstår väntetid när patienten ska lämna sjukhuset. Det kan också innebära ett ineffektivt resursutnyttjande eftersom det påverkar mottagande enheters planering av insatser för den enskilde efter slutenvårdstiden.

7.4.3 Sekretessbestämmelse som möjliggör informationsöverföring

Vårt förslag: En bestämmelse om undantag från sekretess ska möjliggöra att information om patientens namn, personnummer, folkbokföringsadress samt inskrivningsorsak och beräknad utskrivningsdag får lämnas av behandlande läkare i slutenvård till en kommun eller till en privat vårdgivare eller utförare av socialtjänst.

För att möjliggöra att slutenvården kan överföra uppgifter om patienten avseende inskrivningsorsak och beräknad utskrivningsdag m.m. behöver lagen innehålla en bestämmelse som medger undantag från sekretess. Det är integritetskänslig information som snabbt behöver kunna överföras till berörda enheter utan att patientens samtycke har inhämtats.

Uppgifter om inskrivningsorsak kan vara mycket viktiga att snabbt få ta del av för berörda enheter. Det kan exempelvis röra sig om situationer där nödvändiga insatser för en patient uteblivit eller varit bristfälliga av någon anledning och att patienten farit illa av det. I dessa fall kan en sådan uppgift utgöra en snabb och viktig signal till berörda verksamheter att något inte fungerat tillfredsställande. Ett annat exempel kan vara uppgifter om att den enskilde ramlat och brutit sig, vilket gör att berörda verksamheter på ett tidigt stadium får möjlighet att förbereda sådan rehabilitering, hjälpmedel och eventuella anpassningsåtgärder som i normalfallet behövs.

Utredningen har i avsnitt 7.4.2 redogjort för utredningens bedömning avseende att mottagande enheter behöver underrättas om den planerade utskrivningsdagen.

Utredningen anser att denna utvidgning av uppgifter som ska lämnas inte nämnvärt utvidgar det intrång i den personliga integriteten som är tillåten enligt gällande lagstiftning. De uppgifter som utredningen föreslår ska överlämnas i inskrivningsmeddelandet är sådana uppgifter som kommunen kommer att få ta del av i ett senare skede, då man kontaktar den enskilde och vårdpersonalen för att utreda vilka behov den enskilde kan komma att ha efter utskrivning från slutenvård. Den information som lämnas i dag genom inskrivningsmeddelande, namn, personnummer och folkbokföringsadress, är i sig inte sådan typisk integritetskänslig information. Men redan av den ofullständiga informationen som överförs med stöd av gällande lag kan berörda enheter dra slutsatsen att patienten har ett visst vårdbehov. Dessa uppgifter är dock oftast inte tillräckliga för att utgöra ett bra underlag för att påbörja en utredning och en planering som är inriktad på att tillgodose patientens behov efter utskrivningen.

De patienter som bedöms behöva insatser efter utskrivningen är i regel vid inskrivningen inte i ett sådant tillstånd att de kan ta till sig information om inskrivningsmeddelandet och ge ett genomtänkt samtycke till informationsöverföringen. För att dessa patienters väntetider ska kunna kortas är det nödvändigt att berörda enheter på ett tidigt stadium kan ta del av uppgifter om inskrivningsorsak och planerad utskrivningsdag. Det skapar nödvändiga förutsättningar för det utrednings- och planeringsarbete och den framförhållning som de berörda enheterna behöver för att ge rätt insatser. Vid en bedömning av den integritetskränkning som kan uppstå och jämfört med möjligheterna att kunna erbjuda en bättre och effektivare vård och omsorg till dessa patienter, så finner utredningen att värdet av en bättre och effektivare vårdprocess vida överstiger förslagets påverkan på den enskildes personliga integritet. Denna bestämmelse är en undantagsbestämmelse. Övriga bestämmelser om samverkan och informationsöverföring i lagen bygger helt på att patienten är delaktig eller att det finns annat stöd för gemensamma insatser för patienten.

Utredningen föreslår att huvudmännen ska komma överens om hur de ska samverka med varandra avseende utskrivningsklara patienter. I det ingår också att utarbeta gemensamma rutiner för informationsöverföring. I huvudmännens arbete med att fastställa vilka som är de berörda enheterna och som ska ha denna typ av

information är det viktigt att kretsen mottagare av denna information hålls så liten som möjligt. Detta är dock ingen skillnad jämfört med nu gällande regelverk. Utredningen erfar att nuvarande ordning med att identifiera berörda enheter i huvudsak fungerar väl.

Den av utredningen föreslagna bestämmelsen syftar till att möjliggöra informationsöverföring mellan olika berörda enheter. Vilka enheter som är berörda och som ska ta del av information om patienten är en annan fråga. Utredningen föreslår att landsting och kommun kommer överens om sådana riktlinjer, se avsnitt 7.5.1.

7.4.4 Fast vårdkontakt

Vårt förslag: När berörd enhet i den landstingsfinansierade öppna vården har fått ett inskrivningsmeddelande angående en patient, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. Detta ska verksamhetschefen göra innan patienten skrivs ut från den slutna vården.

Utredningen gör bedömningen att de patienter som omfattas av vårt lagförslag och som efter utskrivningen kommer att behöva insatser från den öppna vården har sådana behov av trygghet, kontinuitet och samordning av insatserna att de har ett särskilt behov av en fast vårdkontakt som ansvarar för detta. Om patienten inte redan har en fast vårdkontakt föreslår vi därför att verksamhetschefen för berörd enhet i den öppna vården alltid ska utse en fast vårdkontakt för en patient när den öppna vården har fått ett inskrivningsmeddelande angående patienten.

Om fast vårdkontakt

Bestämmelser om rätten till fast vårdkontakt infördes i hälso- och sjukvårdslagen den 1 juli 2010 och innebär bland annat att verksamhetscheferna har fått ett tydligare ansvar för att tillgodose patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet i vården.

Enligt 29 a § HSL ska verksamhetschefen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i

vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov eller om en patient begär det ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. Ansvaret för verksamhetschefen att utse en fast vårdkontakt ersatte funktionen patientansvarig läkare, förkortad PAL, i lagstiftningen (prop. 2009/10:67 s. 55 ff). I 6 kap. 2 § patientlagen finns också bestämmelser om att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om hen begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

En situation då patienten kan behöva en fast vårdkontakt kan till exempel vara när en patient har kontakt med flera enheter och vårdgivare. Den fasta vårdkontakten kan då samordna vårdens insatser och vara kontaktperson gentemot andra delar av hälso- och sjukvården eller andra berörda myndigheter såsom socialtjänsten eller Försäkringskassan. Bestämmelsen i 29 a § HSL tydliggör verksamhetschefens ansvar när det gäller rutiner för samordning av vård för en enskild patient. Samtidigt är det nödvändigt att landsting, kommuner och övriga vårdgivare säkerställer att det finns rutiner på övergripande nivå för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i hälso- och sjukvården (prop. 2009/10:67 s.63).

Olika typer av lösningar kan övervägas där rutiner, team eller andra tillvägagångssätt för att uppnå syftet kan konstrueras, till exempel rutiner för när en fast vårdkontakt bör utses, vilken personal som kan ta på sig uppdraget samt vilken typ av uppgifter som ingår i uppdraget. Rutinerna behöver också stämmas av med angränsande verksamhetsnivåer och vårdnivåer (prop. 2009/10:67 s. 63). Värt att notera är att den fasta vårdkontakten inte behöver tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen utan att det kan vara någon ur den administrativa personalen. Undantaget är patienter med livshotande tillstånd där den fasta vårdkontakten ska vara en legitimerad läkare med ansvar för att samordna och planera patientens vård.⁸ Om den fasta vårdkontakten är en läkare bör hen ansvara för uppföljning efter en fördjupad läkemedelsgenomgång eller efter en utskrivning där det har upprättats en läkemedelsberättelse (allmänna råden till 3 a kap. 19 § Socialstyrelsens föreskrifter och all-

⁸ 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling.

männas råd [SOSFS 2001:1] om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården).

Vissa patienter har kontakt med flera olika delar av sjukvården, olika enheter, olika vårdgivare etc. De kan behöva två eller fler fasta vårdkontakter. De fasta vårdkontakterna ska då kunna samverka och samordna vårdens insatser för patienten. Samordning av insatser och förmedling av information med t. ex andra myndigheter förutsätter dock samtycke från patienten och att allmänna bestämmelser om sekretess beaktas (prop. 2009/10:67 s.62)

I 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete anges att vårdgivaren ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Av 4 kap. 6 § framgår att vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Där anges också att processer och rutiner ska säkerställa att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2011 i uppdrag av regeringen att följa upp lagändringarna från den 1 juli 2010 i 2 b, 3 a och 29 a §§ HSL, om fast vårdkontakt, förnyad medicinsk bedömning och utökad information till patienten i enlighet med vad som anges i regeringens proposition 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*. Uppdraget slutredovisades den 15 augusti 2012.⁹ Av denna uppföljning framgår att bestämmelsen har fått blandat genomslag bland hälso- och sjukvårdsverksamheterna; 48 av de 118 tillfrågade sjukhusklinikerna och 39 av de tillfrågade 102 vårdcentralerna har haft patienter som tilldelats en fast vårdkontakt. Det är mycket ovanligt att patienter begär att få en fast vårdkontakt oavsett verksamhet. Såväl vårdcentraler som sjukhuskliniker uppger att den nya bestämmelsen inte påverkat deras organisation i någon större utsträckning. En förklaring som verksamheterna anger är att man redan arbetar med team och kontaktpersoner som i praktiken fungerar som fasta vårdkontakter även om begreppet inte används. De

⁹ Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m. Socialstyrelsen, 2012.

flesta vårdcentralerna uppger att bestämmelsen om fast vårdkontakt inte påverkar organisationen eller de ekonomiska förutsättningarna för verksamheten. Det är i huvudsak offentliga vårdcentraler som uppger att deras organisation har påverkats. En övervägande majoritet av sjukhusklinikerna uppger att bestämmelsen om fast vårdkontakt inte påverkar organisationen eller de ekonomiska förutsättningarna för verksamheten. Lagändringens begränsade påverkan på ekonomi och organisation kan enligt Socialstyrelsens uppfattning bero på att majoriteten av hälso- och sjukvårdsverksamheterna inte har några patienter som tilldelats eller begärt att få en fast vårdkontakt. Den begränsade påverkan kan också bero på att de olika verksamheterna anser att de redan arbetar på ett sätt som uppfyller lagens intentioner.

Socialstyrelsens uppföljning visade även att intresseorganisationer uppfattade lagändringen om fast vårdkontakt som en bestämmelse som "lagts ovanpå" befintliga system inom hälso- och sjukvården samtidigt som sjukvårdens resurser stramas åt. Bestämmelsen ansågs inte vara anpassad efter befintliga system. Detta sågs som en av anledningarna till att begreppet fast vårdkontakt och dess innebörd inte är så väl känd. Intresseorganisationerna angav att det finns stora behov av samordning av vårdkontakter, inte minst vad gäller sjukvård för äldre och patienter inom psykiatrin. Vidare anförde intresseorganisationerna att väl samordnad sjukvård kan vara livsavgörande för vissa diagnosgrupper och att lagändringen om fast vårdkontakt i högsta grad är välbehövlig, men att lagändringen ännu inte har fått önskat genomslag.

Socialstyrelsens uppföljning visade att såväl bland sjuksköterskor som bland läkare finns uppfattningen att det är nödvändigt med bättre samordning av vården för multisjuka patienter. Båda yrkesgrupperna uppger att det saknas vägledning om hur lagstiftningen är tänkt att tillämpas. Vidare framfördes synpunkten att omsättningen av personal i vården kan försvåra tillämpningen av fast vårdkontakt.

Fast läkarkontakt

Såväl hälso- och sjukvårdslagen som den nya patientlagen innehåller bestämmelser om patientens rätt att välja en fast läkarkontakt (5 § HSL samt 6 kap 3 § patientlagen). Begreppet fast läkarkontakt beskrivs på följande sätt i prop. 2013/14:106 s. 99, Patientlag.

För många människor, kanske speciellt dem med sådana hälsoproblem som innebär att de ofta behöver kontakt med hälso- och sjukvården, är det viktigt att oftast kunna möta samma läkare. Detta gäller inte minst många äldre. En viktig åtgärd för att skapa trygghet och kontinuitet i vårdkontakten är den regel om att en patient ska få tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt i primärvården som finns i HSL. Landstinget har skyldighet att organisera primärvården så att invånarna kan få tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Regelns syfte är att garantera tillgång till en viktig kompetens inom primärvården och att säkerställa kontinuiteten för den enskilda patienten. Den fasta läkarkontakten ska svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I ansvaret ingår även att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas. Genom att patienten har möjlighet att välja en fast läkarkontakt förbättras möjligheterna till en förtroendefull relation mellan läkare och patient”. ”... en patient ska kunna välja en fast läkarkontakt även i andra landsting.

Fast vårdkontakt ska alltid utses för patienter som behöver insatser från den landstingsfinansierade öppna vården efter utskrivningen

Utredningen anser att de patienter som omfattas av utredningens lagförslag så gott som utslutande utgör en utsatt grupp människor med ett sammansatt behov av vård och omsorg. Målgruppens behov av trygghet, kontinuitet och samordning är betydande. De har därmed ett särskilt behov av en fast vårdkontakt som ansvarar för detta vad gäller insatser från den landstingsfinansierade öppna vården.

Vi föreslår därför att verksamhetschefen för berörd enhet i den öppna vården alltid ska utse en fast vårdkontakt för en patient när den öppna vården har fått ett inskrivningsmeddelande angående patienten. Detta behöver förstås inte göras om hen redan har en fast vårdkontakt. För det fall att patienten har en fast läkarkontakt ingår det i verksamhetschefens uppgift att bedöma om denne också

ska vara den fasta vårdkontakten. I verksamhetschefens ansvar ligger även att utse en fast vårdkontakt från den personalkategori som är bäst lämpad utifrån omständigheterna i det enskilda fallet.

Vi anser att detta förslag tydliggör den öppna vårdens helhetsansvar för patientens hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivningen. Även om den landstingsfinansierade öppna vårdens insatser för patienten är begränsade på grund av att den dagliga vården utförs av den kommunala hälso- och sjukvården måste den medicinska kompetensen i öppenvården vara tillgänglig på ett enkelt sätt såväl för patienten själv som för andra berörda enheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Fast vårdkontakt för patienter som vårdas med stöd av LPT

Skyldigheten att utse en fast vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården ska enligt utredningens förslag gälla alla patienter, även för patienter som vårdas enligt LPT. Chefsöverläkaren ansvarar enligt 7 a § LPT för att en vårdplan upprättas för patienter vars vård övergår till öppen psykiatrisk tvångsvård. Av detta följer att den fasta vårdkontakten inte kan ha något ansvar för att kalla till samordnad individuell planering för patienter som ska få fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård.

7.4.5 Planering av insatser inför patientens utskrivning

Vårt förslag: När en berörd enhet inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten har fått ett inskrivningsmeddelande ska enheten inleda planeringen av de insatser som är nödvändiga för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården.

Den behandlande läkaren ska enligt vårt förslag underrätta berörda enheter om att en patient kan komma att behöva insatser efter utskrivningen (inskrivningsmeddelande, se avsnitt 7.4.1). Inskrivningsmeddelandet blir signalen till dessa enheter att påbörja planeringen av de insatser som patienten behöver.

Kommunerna har enligt socialtjänstlagen ansvar att förbereda sin verksamhet för att tillgodose behov hos olika grupper i befolkningen. För personer som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring ska socialnämnden, enligt 5 kap. 7 § SoL, verka för att de får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Av samma lagrum framgår att nämnden ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd. I lagrummet anges också att kommunen ska inrätta bostäder med särskild service för dem som till följd av sådana svårigheter behöver ett sådant boende.

Enligt 11 kap. 1 § SoL ska kommunens socialnämnd (eller motsvarande nämnd) utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Ett inskrivningsmeddelande kan vara en signal till kommunen att inleda en sådan utredning.

För hälso- och sjukvården är utrednings- och planeringsskyldigheten inte lika formaliserad som inom socialtjänsten. Det får dock anses följa av de allmänna kraven på hälso- och sjukvården i 2 a § HSL att vården planeras för den enskilde på ett ändamålsenligt sätt. Det framgår också av 18 § HSL att kommunen ansvarar för en god hälso- och sjukvård åt dem som bor på särskilda boenden m.m.

Den av utredningen föreslagna bestämmelsen om att berörda enheter ska börja planera sina insatser är således ingen ny planeringsbestämmelse utan avser att vara en påminnelse till berörda enheter om att de ska inleda planeringen av de insatser som är nödvändiga inför patientens utskrivning. Ansvaret för att planera dessa insatser följer av annan lagstiftning. Utredningens förslag innefattar dock bestämmelser som ska underlätta samarbetet och informationsöverföringen mellan olika berörda enheter i samband med att en patient skrivs ut från den slutna vården. Inskrivningsmeddelandet är en av de underrättelser som lagen reglerar och som ska underlätta kommunens planering.

Inskrivningsmeddelandet är även en signal till den öppna vården att börja planera de insatser som den enskilde kan komma att behöva efter utskrivningen.

Utredningens förslag i det följande (se avsnitt 7.4.9) innebär att den gemensamma planeringen mellan olika enheter (samordnad individuell planering) kan genomföras efter att patienten lämnat slutenvården. Givetvis kan samordnad individuell planering även fortsättningsvis genomföras inom ramen för slutenvårdstiden om det är lämpligt i den aktuella situationen.

Dagens lagstiftning innehåller inget direkt krav på att den gemensamma planeringen – vårdplaneringen – måste göras på sjukhuset. Det är inte ovanligt att sådan planering görs efter att patienten lämnat slutenvården. För att kommunens betalningsansvar ska kunna inträda måste dock vårdplanen vara upprättad under tiden i slutenvård. Utredningen anser som framgår av avsnitt 5.4.3 att nuvarande ordning styr mot minskad flexibilitet och att det kan finnas fördelar med att den gemensamma planeringen sker efter att patienten skrivits ut från sjukhuset.

Om det av patientsäkerhetsskäl, eller andra omständigheter i det enskilda fallet, krävs att den samordnade gemensamma planeringen görs innan patienten lämnat slutenvården ska givetvis detta genomföras.

Enligt utredningens förslag ska kallelse till samordnad individuell planering göras inom tre dagar efter att patienten har bedömts som utskrivningsklar. Utredningens avsikt med detta är säkerställa att den landstingsfinansierade öppna vården deltar i planeringsarbetet. Det bör eftersträvas att kallelsen kommer före den tidpunkt då patienten skrivs ut från slutenvård eftersom det kommer att bidra till att patientens upplevda trygghet att veta vad som kommer hända efter att patienten skrivs ut från slutenvård. Vidare underlättas patientens och berörda kommunala enheters samarbete med öppenvården när det på ett tidigt stadium finns en namngiven kontaktperson och datum för tidpunkt för gemensam planering. Tidsramarna mellan att patienten skrivs ut från sjukhus och fram till att den samordnade individuella planeringen genomförs kan överenskommas mellan huvudmännen. I annat fall utgår utredningen från att den genomförs vid tidpunkt som är mest optimal för patienten.

7.4.6 Slutenvården ska underrätta berörda enheter om att en patient har bedömts vara utskrivningsklar

Vårt förslag: När den behandlande läkaren har bedömt att en patient är utskrivningsklar, ska läkaren så snart som möjligt underrätta de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande.

När det gäller patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård ska en sådan underrättelse motsvaras av chefsöverläkarens underrättelse enligt 7 a § 3 stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

De enheter som övertar ansvaret för patientens fortsatta vård och omsorg behöver få kännedom om att en patient är utskrivningsklar och därmed redo att skrivas ut. Enligt nuvarande lagstiftning är den behandlande läkaren skyldig att genom ett utskrivningsmeddelande meddela berörda enheter att man *planerar att skriva ut* patienten. Med utredningens förslag om att berörda enheter ska få sådan information i inskrivningsmeddelandet har berörda enheter redan den informationen. Däremot behöver berörda enheter veta när patienten blivit bedömd utskrivningsklar så att mottagande enheter kan vidta de åtgärder som planerats för patienten. I praktiken får berörda enheter sådan information redan i dag även om skyldigheten att överföra denna typ av information inte är reglerad. Det ligger i sakens natur att informationen är viktig för berörda mottagande enheter. Förutom att fylla detta praktiska behov, kan en underrättelse om att patienten blivit bedömd som utskrivningsklar ha betydelse för när kommunens betalningsansvar inträder. Om inte huvudmännen avtalat annat ska kommunens betalningsskyldighet inträda tre dagar efter att slutenvården underrättat berörda enheter att patienten blivit bedömd som utskrivningsklar, se avsnitt 7.7.

Utredningen menar att den föreslagna skyldigheten att lämna en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar innebär att om berörda enheter har sammanhållen journalföring eller andra tekniska lösningar som möjliggör att berörda parter har tillgång till sådana uppgifter om patienten, så räcker det om den behandlande läkaren meddelar berörda enheter att det finns ny information om patienten. Själva innehållet i underrättelsen behöver i dessa fall inte

skickas så länge berörda enheter på annat sätt kan ta del av uppgiften som krävs enligt bestämmelsen.

Patienter som vårdas enligt LPT

När rätten beslutat om att vården ska övergå till öppen psykiatrisk tvångsvård ska chefsöverläkaren underrätta berörd enhet vid landsting, kommun eller annan huvudman (7 a § LPT). Sådan underrättelse innebär att patienten inte längre behöver vårdas i slutenvård. Utredningen anser att en underrättelse enligt 7 a § LPT fyller samma funktion som den föreslagna skyldigheten att underrätta berörda enheter att patienten är utskrivningsklar. En underrättelse enligt 7 a § LPT ska därmed i vårt lagförslag likställas med en underrättelse om att patienten bedömts vara utskrivningsklar.

Patienter som vårdas med stöd av LPT och som ska skrivas ut *utan* att tvångsvården först övergår i öppen psykiatrisk tvångsvård, omfattas dock av den föreslagna skyldigheten i den nya lagen att lämna en underrättelse om att patienten bedöms vara utskrivningsklar.

7.4.7 Informationsöverföring vid utskrivning

Vårt förslag: Senast samma dag som en patient skrivs ut från den slutna vården, ska den behandlande läkaren vid den enhet där patienten vistas överföra sådan information, som är nödvändig för patientens fortsatta hälso- och sjukvård- och socialtjänst, till de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande.

Vilken information om patienten som ska överföras i samband med utskrivning är i dag reglerad i 4 kap 2 § (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. Utredningen anser att sådan information som förs över bör innehålla väsentliga uppgifter om patientens vård och hälsotillstånd och som är nödvändiga för patientens fortsatta vård och omsorg. Detta kan exempelvis innebära:

- inskrivningsorsak samt hälso- eller funktionstillståndet vid inskrivningen,

- vilka som varit ansvariga för patientens vård, behandling och rehabilitering inom den slutna vården,
- sammanfattning och utvärdering av genomförd vård, behandling och rehabilitering samt eventuella komplikationer som tillstött i den slutna vården,
- patientens aktuella hälso- och funktionstillstånd,
- patientens upplevda hälsotillstånd och riskbedömning utifrån denna,
- i relevanta fall patientens arbetsförmåga.

Annan information som kan vara viktig för mottagande enheter är exempelvis namn och kontaktuppgifter till närstående, uppgifter om förvaltare eller god man och om andra kontinuerliga kontakter med olika professioner.

I nu gällande författning anges att sådan information ska överlämnas senast samma dag som patienten skrivs ut. Utredningen har valt att behålla denna tidsgräns. Det är underförstått att där omständigheterna är sådana att informationen är nödvändig för omedelbara insatser efter utskrivning ska informationen följa patienten och således överföras så att personal i mottagande berörda enheter omedelbart kan ta del av informationen.

Den föreslagna skyldigheten att överföra information ska förstås så att om berörda enheter använder sammanhållen journalföring eller har andra tekniska lösningar, är det tillräckligt om den behandlande läkaren meddelar berörda enheter att det finns ny information om patienten.

Skyldigheten att överlämna information gäller även för patienter som vårdas med stöd av LPT.

Inget förslag om ett särskilt utskrivningsmeddelande

I och med ändringen i betalningsansvarslagen 2003 ändrades också innebörden av termen utskrivningsmeddelande. Enligt Socialstyrelsens tidigare föreskrifter och allmänna råd innehöll utskrivningsmeddelandet omfattande information om patienten och skulle skickas samma dag patienten skrevs ut. Numera är utskrivningsmeddelandet ett meddelande om att man *planerar* att skriva ut en

patient, och meddelandet ska skickas senast dagen före den planerade utskrivningsdagen. Utskrivningsmeddelandet innebär i praktiken ett meddelande om att patienten är utskrivningsklar eller snart kommer att bedömas som utskrivningsklar. Eftersom utredningen föreslår att berörda enheter ska underrättas när patienten bedömts som utskrivningsklar anser utredningen att kravet på ett särskilt utskrivningsmeddelande inte behövs i vårt lagförslag.

7.4.8 Information till patienten i samband med utskrivningen

Vårt förslag: I samband med att patienten skrivs ut ska patienten från slutenvården få skriftlig information om vilka insatser som har genomförts under vårdtiden.

I dag finns bestämmelserna om information till patienten i samband med utskrivning från slutenvården i Socialstyrelsens föreskrifter (2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. Vi anser att en bestämmelse som är så grundläggande för patientens delaktighet bör regleras i själva lagen. Det utgör en viktig förutsättning för att patient och närstående ska kunna känna trygghet i samband med utskrivningen att de har information om vilka åtgärder som genomförts i den slutna vården.

Det finns allmänna bestämmelser om att patienten ska få individuellt anpassad information i 3 kap. 1 § patientlagen. Vårt förslag är en specificering av vad informationsplikten innebär i de situationer som lagen reglerar. Om informationen inte kan ges till patienten får den ges till någon närstående ifall inte reglerna om sekretess ställer hinder i vägen. Vi föreslår därtill att denna information ska ges skriftligt. Utredningen gör bedömningen att de patienter som omfattas av lagen har ett särskilt behov av att få information skriftligt för att få en bättre möjlighet att ta till sig informationen i egen takt.

En förutsättning för att patienten ska få så bra information som möjligt är att berörda enheter samarbetar för att ge patienten samlad information. Om det finns ett påbörjat samarbete mellan berörda enheter och den slutna vården, som patienten samtyckt till, bör informationen även innehålla uppgifter om de insatser som

planeras för patienten. Utredningen anser att den skriftliga informationen exempelvis kan innehålla:

- En sammanfattning av vad som gjorts under tiden patienten vistats i slutenvården.

Utredningens uppfattning är att det inte räcker med utdrag ur patientens journal. Det behövs mer lättillgänglig information med termer och begrepp som är anpassade till normalt språkbruk för att patienten ska ha möjlighet att ta del av information om vårdens innehåll.

- Vad som är planerat framöver för patienten.

Det bör eftersträvas att patienten samlat i ett dokument får information om vad olika berörda enheter har planerat. Det innebär att slutenvården måste samarbeta med andra aktörer så att informationen kan ges samlat, även om vad kommunen beslutat för patienten. Detta gäller under förutsättning att patienten har samtyckt till detta eller att det inte finns något annat hinder mot informationsutbytet. Kommunen har givetvis samma skyldighet som tidigare att underrätta patienten om vad kommunen har beslutat. Ifall ansökan om insatser har gått den enskilde emot finns i befintlig lagstiftning reglerat hur sådant beslut ska kommuniceras.

- Vem som är patientens fasta vårdkontakt och tidpunkt för när samordnad individuell planering ska genomföras om detta är fastställt.

I detta skede – när patienten skrivs ut från slutenvården – ska det vara klarlagt vem som är patientens fasta vårdkontakt. Det bör vidare eftersträvas att det har fastställts en tidpunkt då samordnad individuell planering ska genomföras. Det förutsätts att den som kallar till sådan planering har haft kontakt med den enskilde och gjort upp om en tidpunkt som passar den enskilde och/eller dennes närstående.

- Övrig information.

När patienten lämnar slutenvården övergår i normalfallet det medicinska ansvaret för patienten till en annan enhet inom den landstingsfinansierade öppenvården. Hur det medicinska ansvaret förs

över från en enhet till en annan regleras i landstingens egna rutiner. Det är av stor vikt att det är klarlagt vem som övertar det medicinska ansvaret för patienten vid utskrivningen från slutenvård. Om detta är klarlagt bör information om detta tas med i den information som ges till patienten vid utskrivning. I övrigt bör patienten informeras om vart hen kan vända sig med eventuella frågor efter utskrivning.

Information om patientens läkemedel, instruktioner för egenvård och annat som är väsentligt för patienten bör också bifogas informationen vid utskrivning.

Detaljerade föreskrifter om vad informationen till patienten ska innehålla får meddelas genom föreskrifter. Utredningen bedömer att Socialstyrelsen med stöd av befintliga bemyndiganden får meddela dessa föreskrifter, se mer om bemyndiganden i avsnitt 7.8.

7.4.9 Samordnad individuell planering – berörda enheters gemensamma planering för att koordinera insatserna

Vårt förslag: Om patienten behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten efter utskrivningen, ska en gemensam planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Planeringen ska göras i enlighet med bestämmelserna om samordnad individuell planering i 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453).

Bestämmelserna om den gemensamma planeringen i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ska ändras på så vis att planeringen kallas *samordnad* individuell planering.

När det gäller patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård ska planeringen genomföras enligt bestämmelserna om samordnad vårdplan enligt 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Vår bedömning: Det ingår i kommunens ansvar som vårdgivare att planera insatser för patienten tillsammans med andra berörda enheter. Eftersom det inte finns något som hindrar kommunen från att delta i den samordnade individuella planeringen är det

lämpligt att även representanter för kommunens hälso- och sjukvård deltar i planeringen.

I befintlig lagstiftning finns flera bestämmelser som reglerar planeringsskyldighet. Förutom skyldigheten att genomföra en vårdplanering enligt betalningsansvarslagen finns det t.ex. bestämmelser om individuell planering enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen (3 f § HSL samt 2 kap. 7 § SoL) som ska tillämpas. Utredningen bedömer att lagstiftningen om skyldigheten för berörda aktörer att upprätta en individuell plan är tillräcklig för att möta det behov av planering som uppstår när en patient ska skrivas ut från slutenvården. Utredningen anser därför att det är mest ändamålsenligt att inte särskilt reglera någon planeringsskyldighet i den nya lagen utan i stället hänvisa till redan befintliga skyldigheter.

Bestämmelserna reglerar huvudmännens skyldighet att tillsammans upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården och när det behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda. Erfarenheter av att arbeta med individuella planer är att det är ett effektivt sätt att hålla samman olika insatser och skapa en helhet när individen behöver hjälp från olika verksamheter. Det är således ett sätt att på individnivå minska effekterna av ”stuprörsproblematik”. Detta blir särskilt viktigt för patienter som har mångfacetterade behov och/eller har kognitiva funktionsnedsättningar.

Enligt nuvarande lagstiftning inträder kommunens betalningsansvar när patienten är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad. Det är visserligen inte otillåtet att vårdplanen upprättas efter att patienten lämnat sjukhuset, men dagens konstruktion styr mot att vårdplanen upprättas innan patienten lämnar slutenvården eftersom kommunens betalningsansvar är knuten till detta. Denna ordning var enligt vår uppfattning mer adekvat förr när vårdtiderna inom slutenvård var längre vilket innebar att patienten fick tid till rehabilitering och återhämtning inom ramen för slutenvårdsvistelsen. Eftersom patienterna var generellt sett ”friskare” vid utskrivning kunde inblandade aktörer bättre överblicka patientens mer långsiktiga behov av vård och omsorg vid tidpunkten då de skrevs ut från slutenvården.

Utredningen gör bedömningen att i praktiken blir ofta den vårdplanering som görs innan patienten skrivs ut snabbt inaktuell eftersom patienten vid tiden för utskrivningen i regel fortfarande har stora behov av sjukvård, se vidare avsnitt 5.4.3. Vårdplanering som görs innan hemgång blir därför ofta relativt kortsiktig. Patientens mer långsiktiga behov av vård och socialtjänst blir inte tydliga förrän patienten fått möjlighet till återhämtning och viss rehabilitering.

Utredningen bedömer att en ny lagstiftning måste utgå från de förändrade strukturer och arbetssätt som beskrivs i avsnitt 7.1.1. och 7.1.2. Det innebär bland annat att det kan ifrågasättas om det är rimligt att lagstiftningen styr mot att planeringsarbetet sker innan patienten skrivs ut från sjukhuset. Med dagens regelverk får sådana vårdplaner i stor utsträckning karaktär av punktinsats med följd att koordineringen av insatser runt den enskilde inte blir tillräckligt bra.

I stor utsträckning görs fortfarande mycket av vårdplaneringen genom fysiska möten på sjukhus, vilket är mycket resurskrävande. Utredningen bedömer att det är mer adekvat att resurser läggs på planering i det skede när patientens hälsotillstånd är sådant att det bättre går att fastställa de mer långsiktiga behoven. Det innebär att den nya lagstiftningen inte bör styra mot *när i tid* vårdplanering ska genomföras. Vi anser att lagen bör möjliggöra en anpassning till den enskilde individens situation så att planering genomförs vid de tidpunkter som det är mest optimalt för den enskilde. Fokus bör inte ligga på att "upprätta *en* plan" vilket bestämmelserna i dagens lagstiftning i viss utsträckning har lett till. I stället behöver berörda parter anamma synsättet att individuell planering är *process* som ska anpassas efter individens skiftande behov över tid. Den samordnade individuella planeringen som process innebär att berörda enheter har ett löpande samarbete med varandra i såväl ett kortsiktigt som långsiktigt perspektiv. Det innebär t.ex. att man underrättar varandra om sådant som kan ha betydelse för den andra partens arbete och som påverkar det gemensamma arbetet för den enskilde. I utskrivningssituationen kan det innebära planering av patientens omedelbara insatser efter utskrivning likväl som en mer långsiktig hållbar planering när den enskildes hälsotillstånd och behov på lite längre sikt blir tydligare.

För en del patienter kommer det fortfarande att vara bäst att den samordnade individuella planeringen inleds innan patienten lämnar slutenvården. Detta är fullt möjligt att göra även om man tillämpar de befintliga planeringsbestämmelserna i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Vad som är mest lämpligt får avgöras av omständigheterna för den aktuella patienten.

Den enskilde måste samtycka till att en individuell plan upprättas. I annat fall måste det finnas något annat undantag från sekretessen som möjliggör samarbetet och det informationsutbyte som det medför. Arbetet med att påbörja planen ska göras utan dröjsmål. Planeringen ska när det är möjligt göras tillsammans med den enskilde och om det är lämpligt ska närstående ges möjlighet att delta i arbetet (om inte den enskilde motsätter sig det). Av planen ska det framgå uppgifter om vilka insatser som behövs och vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för. I planen ska också redovisas åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen och landstinget. Av planen ska framgå vilken av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen.

Finns det risk för ett glapp?

Dagens lagstiftning innehåller inget krav på att den gemensamma planeringen – vårdplaneringen – måste göras på sjukhuset. Det är inte ovanligt att sådan planering genomförs efter att patienten lämnat slutenvården. För att kommunens betalningsansvar ska kunna inträda måste dock vårdplanen vara upprättad under tiden i slutenvård. Utredningen anser som framgår ovan att denna ordning medför minskad flexibilitet och att det för många patienter finns fördelar med att förlägga planeringsarbetet till den enskildes hem. Utredningens förslag innebär att den *gemensamma* planeringen mellan olika enheter inte längre styr mot att den gemensamma planeringen görs inom ramen för slutenvårdstiden utan kan göras efter att patienten lämnat slutenvården.

Det är viktigt i sammanhanget att skilja på olika aktörers planeringsarbete. I nu gällande författning anges att vårdplaneringen ska påbörjas senast dagen efter det att kallelse till vårdplanering mottagits. Den kommunala förvaltningen och de berörda enheterna som har kommunen som huvudman måste utreda och planera sina

respektive insatser. Motsvarande gäller berörda enheter inom primärvård eller annan öppenvård som är landstingsfinansierad. Den samordnade individuella planeringen (vårdplaneringen enligt nuvarande lag) är den planering som berörda enheter gör *tillsammans* för att koordinera insatser från olika håll till en helhet för patienter.

En fråga som utredningen analyserat är om det finns risk för att ett ”glapp” uppstår i övergången mellan slutenvård och öppen vård och omsorg. Utredningens förslag innebär dock, på samma sätt som i dag, att socialtjänsten och andra berörda enheter måste *för sin del* ha utrett, beslutat och planerat för verkställighet innan patienten lämnar slutenvården. Patienten ska dessutom få samlad skriftlig information i samband med utskrivning där de planerade fortsatta insatserna, om möjligt, bör framgå, se avsnitt 7.4.8.

Det är den planering som görs med landstingsfinansierade enheter som ska bli mer flexibel i tid genom att den föreslagna lagstiftningen inte längre styr mot att den gemensamma planeringen ska göras inom ramen för slutenvårdstiden. Berörda enheter ska på samma sätt som i dag hålla löpande kontakt med varandra så att mottagande enheter får uppgift om hur vården av patienten fortlöper. Slutenvården behöver, på samma sätt som i dag, förse berörda enheter inom kommun och den landstingsfinansierade öppenvården med sådan information som behövs för dessa aktörers ställningstagande och planering av fortsatta insatser. Hur detta samarbete kring informationsöverföring ska gå till ska regleras lokalt genom de överenskommelser som utredningen föreslår, se avsnitt 7.5.1.

När patienten skrivs ut från slutenvård har slutenvården ett ansvar för att se till att det medicinska ansvaret förts över på en enhet i den landstingsfinansierade öppna vården. Det är i dag inte reglerat i lag hur och när det medicinska ansvaret förs över från en läkare i slutenvård till en annan läkare i öppenvården. Sådana ansvarsövergångar följer av landstingens interna rutiner. Som framgår av utredningens probleminventering är överlämnande av det medicinska ansvaret från slutenvård till öppenvård en betydande akilleshäla i dagens system. Utredningen konstaterar att det följer av annan lagstiftning att landstinget som huvudman ansvarar för att ha rutiner som garanterar att verksamheten bedrivs på ett patientsäkert sätt. I det ingår att ha rutiner för hur ansvaret för patienten ska övergå mellan olika verksamheter. De brister som finns i dag handlar således sannolikt om bristande följsamhet till interna ruti-

ner som i sin tur kan bero på undermåliga administrativa system, kontinuitetsproblem i den öppna vården eller andra "systemfel". Det har legat utanför denna utrednings uppdrag att utreda och föreslå lagändringar som direkt tar sikte på sådana frågor. Dock finns det ingenting som hindrar att huvudmännen i de lokala samverkansavtalen gemensamt överenskommer hur dessa problem ska åtgärdas.

Individuell plan enligt 10 § LSS

I 10 § LSS finns också bestämmelser om individuell plan. I samband med att en insats enligt LSS beviljas ska den enskilde erbjudas att en individuell plan med beslutade och planerade insatser upprättas i samråd med honom eller henne. Den som har beviljats en insats ska när som helst kunna begära att en plan upprättas, om det inte redan har gjorts. I planen ska även åtgärder redovisas som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen ska omprövas fortlöpande och minst en gång om året. Landstinget och kommunen ska underätta varandra om upprättade planer. Det framgår inte av lag eller förarbeten hur planeringsbestämmelserna i LSS förhåller sig till planeringsbestämmelser i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Utredningen gör bedömningen att avsikten är att enskilda har rätt att få sina insatser från olika huvudmän samordnade i en individuell plan oavsett lagrum.

Utredningen bedömer att planeringsbestämmelsen i LSS har en något snävare räckvidd än planeringsbestämmelserna i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen eftersom den bara kan upprättas om den enskilde beviljas insats enligt LSS. Bestämmelserna om individuell planering enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen får anses mer generella eftersom de gäller överhuvudtaget när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

En mer generell definition av begreppet socialtjänst saknas i lagstiftning men är definierat i 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen och i 2 § SoLPuL. Enligt dessa lagrum är verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade inkluderat i begreppet socialtjänst.

Utredningen bedömer att det föreslagna regelverket blir onödigt svåröverskådligt om hänvisning görs till både lagrummet om individuell plan enligt LSS och regelverket om samordnade individuella planer enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. I praktiken avses samma typ av planering och med samma syften, dvs. att den enskilde ska få sammanhållna insatser från olika aktörer. En individuell planering enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen kommer därmed uppfylla kraven på innehåll i en individuell planering enligt LSS. Vidare ska understrykas att utredningens förslag inte handlar om att den LSS-berättigade därigenom ska få sina *insatser* enligt socialtjänstlagen. Vilken insats den enskilde behöver och enligt vilket lagrum sådan insats ska beviljas berörs inte av utredningens förslag. Utredningens förslag avser bara berörda enheters samplaneringsskyldighet. Utredningen menar att den nya lagstiftningen bör hänvisa till planeringsskyldigheten i socialtjänstlagen och i hälso- och sjukvårdslagen, även när det avser personer i LSS-personkrets eftersom det gör regelverket mer lättöverskådligt. I planeringsskedet kan givetvis den upprättade planen benämnas individuell plan enligt LSS om den enskilde så önskar och om planen uppfyller kraven som framgår av 10 § LSS.

En viss justering av bestämmelserna om individuella planer

Utredningen föreslår att individuell plan byter namn till *samordnad individuell plan*. Utredningen anser att ett sådant begrepp bättre avspeglar vad det i praktiken handlar om. De olika berörda enheterna ska göra sina respektive planeringar av insatser för den enskilde. Det är själva samordningen av olika aktörers arbete som ska planeras i den individuella planen. Vidare är begreppet *samordnad individuell plan* redan relativt vedertaget och används inte minst av såväl Socialstyrelsen som SKL.

Den kommunala hälso- och sjukvården och samordnad individuell planering

Bestämmelsen om individuell planering enligt hälso- och sjukvårdslagen är placerad i det avsnitt av lagen som innehåller bestämmelser som riktar sig till landstinget i egenskap huvudman för

hälso- och sjukvård. På det sättet så blir bestämmelsen inte tillämplig för kommunen i denna egenskap. Motsvarande bestämmelse i socialtjänstlagen riktar sig till kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten.

Bestämmelsen om individuell plan i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ska enligt förarbeten inte tillämpas av den kommunala hälso- och sjukvården (prop. 2008/09:193 s. 22). Regeringen anför att om det identifieras något planeringsbehov inom ramen för en kommunal hälso- och sjukvårdsverksamhet i ett särskilt boende, så är det planeringsskyldigheten i socialtjänstlagen som blir tillämplig eftersom socialtjänst och hälso- och sjukvård knappast kan åtskiljas i en sådan situation. Om det handlar om ett planeringsbehov som uppkommer inom hemsjukvården anser regeringen att det ligger inom ramen för det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret att t.ex. kontakta landstinget om det uppkommer behov av medicinska specialistinsatser.

Enligt 4 kap. 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

När det gäller de patienter som behöver kommunal hälso- och sjukvård efter utskrivning från den slutna vården ingår det alltså i ledningsansvaret och i det medicinska ansvaret för kommunen att planera insatserna tillsammans med andra enheter som ansvarar för insatser som patienten behöver. Det finns heller inget som hindrar kommunen från att delta i den samordnade individuella planeringen. Även den kommunala hälso- och sjukvården bör därför delta i en samordnad individuell planering enligt vårt förslag.

Patienter som vårdas enligt LPT

Enligt 7 och 7 a §§ LPT ska en samordnad vårdplan upprättas och bifogas till ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård.

En samordnad vårdplan beskriver patientens behov av insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård (prop. 2007/08:70) får bedrivas utanför sjukvårdsinrättningen och förutsätter bl.a. att patienten behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. Vårdformen ska kunna anpassas till varje patients individuella behov av vård och insatser och förutsätter ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Chefsöverläkaren får ansöka om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård när hen anser att patienten bör ges sådan vård. Beslut fattas av allmän förvaltningsdomstol. Till chefsöverläkarens ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård respektive öppen rättspsykiatrisk vård ska fogas en samordnad vårdplan, av vilken bl.a. ska framgå patientens behov av insatser från hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten samt vilken enhet vid landstinget, kommunen eller annan huvudman som ansvarar för de insatser som planeras. Det ska även framgå vilka beslut kommunen har fattat för att tillgodose patientens behov. Chefsöverläkaren ansvarar för att en samordnad vårdplan upprättas. Vid ansökan om fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård ska en uppföljning av den samordnade vårdplanen lämnas in.

Utredningen gör bedömningen att denna planering motsvarar den som ska göras enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Men eftersom det är en specialreglering som har beroenden till patientens möjlighet att t.ex. vårdas i öppen psykiatrisk tvångsvård, ska den samordnade planeringen som behövs göras för denna patientgrupp, göras enligt bestämmelserna i lagen om psykiatrisk tvångsvård.

7.4.10 Den landstingsfinansierade öppna vården ska kalla till samordnad individuell planering

Vårt förslag: Om patienten behöver insatser från hälso- och sjukvården efter utskrivningen från den slutna vården, ska patientens fasta vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården kalla till den samordnade individuella planeringen. Kallelsen ska skickas inom tre dagar efter att behandlande läkare i slutenvård underrättat berörda enheter att patienten är utskrivningsklar.

Utredningen utgår från ett grundantagande om att patienter inom lagens målgrupp har sammansatta behov av vård och omsorg och därmed så gott som alltid ett behov av kontakt med primärvård eller öppenvård efter vistelsen i slutenvården. Vi föreslår därför att den fasta vårdkontakten ska ha ett särskilt ansvar att kalla till den samordnade individuella planeringen i de fall patienten har ett behov av hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivningen. Även om patientens behov till största delen tillgodoses av den kommunala hälso- och sjukvården är den medicinska kompetensen i den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården nödvändig för patienten åtminstone i någon omfattning, t.ex. när det gäller ordinationer av läkemedel. Utredningen menar att patienter inom lagens målgrupp i huvudsak tillhör de allra mest vårdkrävande patienterna och att det därför finns anledning att säkerställa att vården för denna patientgrupp samordnas.

Enligt 29 a § HSL ska verksamhetschefen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. Lagstiftaren förutsätter alltså att en fast vårdkontakt ska utses när det finns behov av det. Vi föreslår att en fast vårdkontakt i den landstingsfinansierade primärvården eller annan öppenvård alltid ska utses för de patienter som omfattas av vårt lagförslag, se avsnitt 7.4.4 (under förutsättning att patienten överhuvudtaget har ett sjukvårdsbehov efter utskrivning). Det är enligt utredningens bedömning en patientgrupp med särskilt stora behov av kontinuitet och samordning.

Den fasta vårdkontakten, som redan enligt befintlig lagstiftning har ett koordinerande uppdrag, får enligt vårt förslag ett särskilt ansvar att kalla till vårdplaneringen efter utskrivningen och se till att den genomförs. Vi bedömer att det är viktigt att primärvården eller annan öppenvård får en central roll för att säkerställa samordning och kontinuitet kring de mest utsatta patientgrupperna. Genom att aktivera primärvården (eller annan öppenvård) på ett tidigt stadium och reglera det särskilda ansvar som dessa har för kontinuitet i vården bedömer vi att patienten kan uppleva större trygghet och säkerhet, vilket möjligen kan minska behovet av återinskrivning i den slutna vården.

Socialstyrelsen anför i rapporten *Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre – Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg*, 2013, (s 33) att i rollen som den fasta vårdkontakten bör primärvården kunna vara initierande vårdnivå och den aktör som ansvarar för att en samordnad individuell plan upprättas samt att vården följs upp kontinuerligt. Vidare anför Socialstyrelsen att samordningsrollen för primärvården bör förtydligas, och förslagsvis är fast vårdkontakt en viktig funktion i den rollen. Utredningen delar denna uppfattning. Dock anser utredningen att den fasta vårdkontakten även kan utses inom annan öppenvård än primärvård, det beror på omständigheterna i det enskilda fallet. Ovan nämnda rapport rör målgruppen de mest sjuka äldre. Utredningens bedömning är att behovet av en samordnande funktion och som stärker kontinuiteten runt patienten kan vara lika stort för andra grupper, inte minst patienter inom den psykiatriska vården.

Hälso- och sjukvården har enligt 2 a § HSL en skyldighet att samordna sina insatser för patienten på ett ändamålsenligt sätt. Bestämmelserna om fast vårdkontakt, samordnad individuell planering och den fasta vårdkontaktens ansvar att kalla till planering utgör en del av de bestämmelser som underlättar en ändamålsenlig samordning av patientens vård. Utredningen menar att det är naturligt att knyta samman ansvaret för att planera insatser för patienter inom den av utredningen föreslagna målgruppen till en funktion (fast vårdkontakt) som redan finns i befintlig lagstiftning.

Utredningen menar att en sådan förändring av kallelseansvaret kommer att bidra till att synliggöra behovet av samspel och informationsutbyte mellan slutenvård och primärvård/öppenvård.

För patienter som redan har en fast vårdkontakt åvilar kallelseansvaret denne. För patienter som har två eller flera fasta vårdkontakter får dessa sinsemellan avgöra vem som ska ha kallelseansvaret utifrån en bedömning av vad som är mest adekvat med hänsyn till patientens fortsatta vårdbehov efter slutenvårdstiden och med hänsyn tagen till patientens uppfattning. Om patienten har flera fasta vårdkontakter är det lämpligt att de deltar i det gemensamma planeringsarbetet även om själva kallelseansvaret endast kan åvila *en* fast vårdkontakt.

Om patienten saknar fast vårdkontakt ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt, se avsnitt 7.4.4.

Ifall en patient inte vill ha fortsatta insatser från primärvård eller öppenvård ska ingen fast vårdkontakt utses. En samordnad individuell planering blir heller inte aktuell om patienten inte vill ha det. I sådana fall inträder kommunens betalningsansvar för en utskrivningsklar patient tre dagar efter slutenvården underrättat berörda enheter att patienten bedömts som utskrivningsklar, se avsnitt 7.6 och 7.7.

I händelse av att patienten avböjer insatser från kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvård kan en samordnad individuell planering enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen inte heller genomföras. Inte heller kan kommunen bli betalningsskyldig för patienten eftersom den enskildes samtycke är en förutsättning för att kommunen ska kunna ge insatser.

En patient som behöver fortsatta insatser från landstingets primärvård eller annan öppenvård kan avböja att en fast vårdkontakt eller fast läkarkontakt utses. I sådant fall får kallelseansvaret övergå till den läkare som övertar det medicinska ansvaret för patienten efter utskrivning.

Om den fasta vårdkontakten inte fullföljer sitt kallelseansvar

Enligt befintliga bestämmelser om individuell plan har alla berörda parter kallelseansvar. Utredningens förslag innebär att det för utskrivningsklara patienter tydliggörs att i just dessa situationer åvilar kallelseansvaret den fasta vårdkontakten. Om den fasta vårdkontakten inte fullföljer sitt kallelseansvar är kommunen inte förhindrad att kalla till samordnad individuell planering.

Kallelseansvar för patienter som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård

Som framgår av avsnitt 7.4.6 och 7.4.9 är planeringsprocessen annorlunda för patienter som vårdas med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård och som ska skrivas ut till öppen psykiatrisk tvångsvård. Det lagrum som styr sådant planeringsarbete återfinns i 7 a § LPT. Det är chefsöverläkaren som ansvarar för upprättandet av den samordnade vårdplanen. Denne har således också ett kallelseansvar. En patient kan inte överföras från sluten psykiatrisk tvångsvård till öppen psykiatrisk tvångsvård utan att en vårdplan enligt 7 a § LPT är upprättad tillsammans med kommunen. Utredningen anser att berörda enheter genom den planeringsprocess som föreskrivs i LPT ges utrymme för nödvändigt utrednings- och planeringsarbete. Den föreslagna lagens bestämmelser om den fasta vårdkontaktens kallelseansvar ska därför inte tillämpas på patienter som vårdas enligt LPT och som ska skrivas ut till öppen psykiatrisk tvångsvård. Som en följd av detta kan inte heller en sådan kallelse vara ett villkor för att kommunernas betalningsansvar ska inträda. Kommunernas betalningsansvar kan således komma i fråga först när en domstol har beslutat om öppen psykiatrisk tvångsvård.

För patienter som skrivs ut från psykiatrisk tvångsvård till öppenvård enligt hälso- och sjukvårdslagen finns ingen tillämplig planeringsbestämmelse i LPT. Utredningen anser därför att planeringen för dessa patienter ska göras med stöd av bestämmelserna om samordnad individuell plan enligt 3 f § HSL och 2 kap 7 § SoL, på sätt som beskrivs enligt huvudregeln i utredningens lagförslag.

Kallelse till samordnad individuell planering ska skickas till berörda enheter inom tre dagar

För att säkerställa ett skyndsamt förlopp och för att underlätta tillämpningen av bestämmelserna om kommunens betalningsansvar föreslår utredningen att det ska finnas en tidsgräns inom vilken kallelse till samordnad individuell planering ska skickas. Om kallelsen dröjer anser utredningen att det är men för patienten men även för de verksamheter som behöver koordinera sig runt den enskilde. Det riskerar vidare att skapa oklarheter om kommunens betalningsansvar har inträtt eller inte om kallelsen drar ut på tiden.

Utredningen föreslår av pedagogiska skäl att tidsfristen för att den landstingsfinansierade öppna vården ska kalla till samordnad individuell planering utformas så att den överensstämmer med tidsfristen för inträdet av kommunernas betalningsansvar. Det innebär att kallelse till samordnad individuell planering ska skickas inom tre dagar efter att den slutna vården underrättat berörda enheter att en patient är utskrivningsklar. Utredningens förslag innebär att det är tre *kalenderdagar* som avses och inte vardagar som i nuvarande lagstiftning. Inte heller är lördagar och helgdagar undantagna som är fallet i dag.

Utredningen har valt att reglera tidpunkt avseende betalningsansvarets inträde om inte huvudmännen kommit överens om annat. Skälen till detta är att i möjligaste mån undvika tolkningsproblem vid tillämpningen vilket enligt utredningens uppfattning är vanligt förekommande i nu gällande regelverk

Exempel 1: patienten bedöms som utskrivningsklar kl. 10.00 en måndag, slutenvården underrättar berörda enheter att patienten bedömts som utskrivningsklar kl. 11.00. Kallelsen till samordnad individuell planering ska skickas senast onsdagen.

Exempel 2: patienten bedöms som utskrivningsklar kl. 10.00 en måndag, slutenvården underrättar berörda enheter att patienten bedömts som utskrivningsklar kl. 13.00 samma dag. Kallelsen till samordnad individuell planering ska skickas senast torsdagen.

7.5 Landstingens och kommunernas ansvar som huvudmän

7.5.1 Huvudmännen måste komma överens om hur de ska samverka

Vårt förslag: Huvudmännen ska komma överens om gemensamma riktlinjer till vårdgivare och de som bedriver socialtjänst avseende samverkan enligt denna lag.

Vidare ska huvudmännen komma överens om vid vilken tidpunkt betalningsansvaret ska övergå till kommunen, vilka belopp som kommunen i sådant fall ska betala samt hur huvudmännen ska lösa eventuella tvister avseende belopp och övergången av betalningsansvaret.

Det är utredningens uppfattning att detaljer om hur ett lokalt samarbete ska se ut måste överenskommas lokalt. Sådant kan inte lagstiftas fram eftersom nödvändig anpassning till lokala förhållanden då skulle försvåras betydligt. Huvudmännen måste därför samarbeta för att skapa regler och riktlinjer och planera för hur den sammanhållna vården ska se ut för utskrivningsklara patienter. Det bör eftersträvas att en sådan överenskommelse är gemensam för alla kommuner inom ett landsting, dock anser utredningen att lagstiftningen inte ska utgöra ett hinder om huvudmännen anser att det finns anledning att ha flera olika överenskommelser inom ett och samma landstingsområde.

Enligt den enkätundersökning som Socialstyrelsen genomfört i samarbete med utredningen, se avsnitt 4.7, anger 95,6 procent av respondenterna att de inte har någon överenskommelse som avviker från lagstiftningens bestämmelser om tidsfrister och belopp. 1,1 procent har avtalat om andra regler för frist dagar, 0,4 procent om andra belopp och 3 procent har avtalat om både frist dagar och belopp. De avsteg man avtalat om kan vara överenskommelser i individuella fall, där de berörda enheterna av något skäl bedömt det som orimligt att tillämpa lagens bestämmelser. Det kan t.ex. röra sig om situationer där meddelande att patienten blivit utskrivningsklar skickats avsevärt för tidigt i processen. Andra exempel på avsteg är att det måste genomföras utbildning av personal på mottagande enhet, t.ex. att omvårdnadspersonal behöver utbildas i skötsel av tracheostomi från vårdavdelningen. Exempel på mer generella avsteg är att man överenskommit att betalningsansvaret ska inträda efter fem respektive 30 dagar och inte vardagar som lagen föreskriver. Vidare innehåller en del överenskommelser mer exakta regler för när betalningsansvaret inträder. En vanlig konflikt i detta sammanhang är, enligt vad utredningen erfar, om betalningsansvaret inträder den femte dagen eller efter fem dagar.

Huvudmännen får själva avgöra detaljeringsgraden

Vid tiden för lagens tillkomst och vid tillkomsten av nu gällande föreskrifter, (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, gjordes sällan åtskillnad mellan

bestämmelser riktade till huvudmannanivå och bestämmelser som riktade sig till verksamhetsnivån. Utredningens förslag utgår från att skyldigheten att komma överens inom ett antal områden riktar sig till huvudmännen. Huvudmännen får bestämma formerna för sådana överenskommelser och hur detaljerade de ska vara. Huvudmännen är enligt ovan nämnda föreskrifter redan i dag skyldiga att komma överens om rutiner för samverkan och informationsöverföring. Överenskommelser om gemensamma regelverk för samarbete och informationsöverföring kommer att rikta sig till verksamhetsnivån. Sådana överenskommelser tenderar därför att bli detaljerade. Huvudmännen får själva avgöra behovet om sådana detaljer ska regleras på huvudmannanivå eller för respektive verksamhet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Särskilt om informationsöverföring

Som framgår av utredningens principiella ställningstagande avseende detaljeringsgrad i lagstiftningen förutsätts huvudmännen komma överens om hur informationsöverföring i samband med utskrivning från sjukhus ska gå till. Utredningen anser att det är att föredra att sådana regler utarbetas lokalt då de rutiner som behövs i samband med informationsöverföring vid utskrivning från slutenvård bättre kan hänga samman med andra lokala rutiner för informationsöverföring avseende andra situationer, exempelvis hur man säkerställer att rätt mottagare fått information, vilket och på vilket sätt verksamhetsystem ska användas, eventuella kvitteringsrutiner och tidpunkter osv. Vidare ligger det i sakens natur att vissa praktiska delar avseende informationsöverföring inte lämpar sig för att närmare reglera i lag, det gäller exempelvis att huvudmännen gemensamt måste fastställa vilka som är de berörda enheterna.

I det norska regelverket ställs krav på kommunerna att till sjukhuset meddela när man kan ta över ansvaret för en patient. Utredningen har inte uppfattat att detta skulle vara ett problemområde i Sverige, men det kan erinras om att om huvudmännen identifierar behov av sådan praktisk betingad information så står det huvudmännen fritt att komma överens om detta.

Huvudmännen ska komma överens om när kommunernas betalningsansvar inträder och om vilka belopp som ska gälla

Som framgår av avsnitt 7.7 är det enligt utredningens uppfattning inte möjligt att på nationell nivå att sätta en gräns för inträdet av kommunens betalningsansvar som blir väl avvägd för alla situationer. En sådan anpassning efter lokala förhållanden bör göras på lokal nivå efter vad som är rimligt att uppnå mot bakgrund av lokala förutsättningar. Det är ett gemensamt ansvarstagande för båda huvudmännen.

Utredningen har inte funnit tillräckliga skäl för att i *lagstiftning* särskilja olika patientgrupper eller situationer avseende fristdagar eller belopp. På lokal nivå kan det inte uteslutas att det kan finnas skäl att ha olika fristdagar för olika patientgrupper eller olika fristdagar beroende på planeringsbehov eller andra skäl. Utredningen anser att utrymmet för att teckna sådana lokala överenskommelser ska vara mycket stort. Huvudmännen ska kunna avtala om att undanta vissa situationer eller patientgrupper från det kommunala betalningsansvaret eller ha olika fristdagar och belopp för olika patientgrupper. Det förutsätts att väntetiderna hålls så korta som möjligt även om fristdagarna differentieras på lokal nivå.

Beloppen kan sättas till noll kronor, dvs. huvudmännen kan avtala bort att kommunerna ska betala avgift. Kronoberg har bäst resultat i landet avseende väntetider, se avsnitt 4.9. En diskussion om att avtala bort betalningsansvaret pågår för närvarande i Kronobergs län. Utredningen anser att det är ett bra exempel på att huvudmännen tillsammans utvecklat samverkan så att väntetiderna kan hållas korta för patienterna. Betalningsansvaret behövs då inte längre som incitament och kan avtalas bort mellan parterna och administrationen kan minska.

Det står huvudmännen fritt att avtala om andra områden som kan beröras av denna lag. Det kan t.ex. handla om gemensam uppföljning av hur samarbetet fungerar, uppföljning av kostnader för utskrivningsklara patienter, gemensamt utvecklingsarbete och hur resurser och kostnader kan fördelas mellan huvudmännen för att sammantaget göra mest nytta för de utskrivningsklara patienterna. Huvudmännen bör även komma överens om administrativa rutiner avseende fakturering av avgifter som ska erläggas av kommunerna med hänvisning till överenskommelsen eller den föreslagna lagen.

Vidare är det enligt utredningens uppfattning lämpligt att huvudmännen kommer överens om hur och när avtalet ska följas upp och vid behov revideras.

Huvudmännen bör ta tillvara möjligheten att utveckla samverkan och målet bör vara att samarbetet fungerar så väl att betalningsansvaret kan tas bort

Den av utredningen föreslagna lagen ställer andra krav på huvudmännen än i dag och det påverkar vilka utgångspunkter parterna har i en förhandling om ett gemensamt regelverk. Enligt utredningens uppfattning är både kommuner och landsting i stort sett missnöjda med hur samarbetet fungerar. Båda huvudmännen framför att det finns utrymme för att förbättra vården och omsorgen om sköra patienter. Företrädare för båda huvudmännen uttrycker att de väntetider som finns i dag är till men för patienterna och att man vill göra något åt det. Från landstingens sida framförs ofta en stor frustration över att en onödigt stor del av tillgängliga vårdplatser upptas av patienter som inte behöver dem och från kommunalt håll framgår ett stort missnöje över att landstingen inte ger kommunerna rätt förutsättningar för att kunna ta hem patienter tidigare. Vad gäller de belopp som kommunerna betalar i avgift till landstingen då fristdagarna överträtts är det också påtagligt att det handlar om pengar som kommunerna inte vill betala men samtidigt pengar landstingen egentligen inte vill ha. Landstingsföreträdare fokuserar på vårdplatskapaciteten och de intäkter som man får för att kommunerna överträtt fristdagarna är omöjliga att förutse, samtidigt som det rör sig om relativt små belopp per landsting. Intäkten kan därmed inte bidra till att vårdplatskapaciteten förstärks.

När utredningen diskuterat kortare väntetider med företrädare för kommuner lyfts problem med att klara kortare väntetider för de mest omsorgskrävande patienterna eller de mer medicinskt komplicerade fallen, t.ex. där personalen behöver viss utbildning för att ge erforderlig omvårdnad, eller för patienter där det av andra skäl finns särskilda omständigheter. Enligt utredningens bedömning, bl.a. mot bakgrund av de uppföljningar som gjorts och som redovisas i avsnitt 4.3.1, är dessa fall relativt få. Landstingen lyfter som huvudproblem *mängden* vårddygn som utskrivningsklara upptar.

Resultatet av Socialstyrelsens enkät visar tydligt att huvudmännen hittills inte nyttjat möjligheten att i samverkan hitta lösningar som båda parter är nöjda med. Enligt utredningens uppfattning finns det goda möjligheter för huvudmännen att hitta lösningar som är rimliga och adekvata utifrån båda huvudmännens perspektiv och med målsättningen att hålla väntetiderna för patienterna så korta som möjligt.

Utredningen har tagit del av exempel från Danmark, se avsnitt 9.9, där man i lokala överenskommelser har olika utskrivningsprocesser och planeringstider utifrån vårdtyngd eller omfattningen av planeringsarbetet. Patienter med en lättare planeringssituation exempelvis patienter med inga eller smärre ändringar av tidigare insatser kan lämna slutenvården samma dag eller dagen efter att de bedömts som utskrivningsklara. Exempel på rutiner som möjliggör sådana korta väntetider finns även i Norge där betalningsansvaret inträder från dag ett. Men även i Sverige finns gott om exempel på verksamheter som rutinmässigt har mycket korta väntetider. För patienter som har en mer komplicerad planeringssituation, till exempel då patienten inte är tidigare känd av kommunen och har omfattande behov av insatser och åtgärder efter slutenvårdsvistelsen, kan det vara rimligt med längre planeringstid. I Danmark finns även exempel på att man överenskommit tidsramar och ansvarsfördelning avseende uppföljning av patienten efter en slutenvårdsvistelse.

Utredningen menar att en sådan utveckling med differentierade processer och planeringsdagar vore önskvärd även i Sverige. Exempelvis skulle väntetiderna för patienter som redan bor i särskilt boende eller då patientens fortsatta omvårdnad sedan tidigare är ordnad på annat sätt kunna kortas till mellan noll och två dagar. I gengäld kan man tänka sig att tillåta längre planeringstid eller helt slopat betalningsansvar för de få patienter där utskrivningsprocessen är särskilt komplicerad. En sådan utveckling skulle tillgodose landstingens behov att sammantaget minska antalet vårdplatser som upptas av utskrivningsklara och samtidigt minska kommunernas oro över att inte på ett patientsäkert sätt inom tidsfristen klara att "ta hem" utskrivningsklara patienter med komplicerad problematik.

I utarbetandet av sådana överenskommelser som föreslås i denna lag bör särskilt fokus läggas på att identifiera och undanröja hind-

ren för kortare väntetider. Utredningen har i avsnitt 5 redogjort för de problem som finns i dag och som påverkar väntetiderna. Här får erinras om att landstingen förfogar över många av de problemområden som i dag hindrar kortare väntetider.

Företrädare för kommuner har till utredningen framfört att andra krav skulle kunna ställas på landstingen för att korta väntetiderna. Exempel på sådana är att säkerställa att den kommunala hälso- och sjukvården har tillgång till läkarkonsultation dygnet runt eller att inget betalningsansvar ska utgå om läkemedelslistor inte är korrekta. Andra exempel på villkor för det kommunala betalningsansvaret är att det vid utskrivningstillfället är tydligt vilken läkare som övertar det medicinska ansvaret för patienten. Utredningen instämmer i att detta är vanliga problemområden i dag och som påverkar väntetidernas längd, se avsnitt 5. Utredningen har dock av olika skäl bedömt att det är olämpligt att i lagstiftning att koppla ekonomiska incitament till sådana villkor, se avsnitt 7.6.1. Det är dock givetvis möjligt för huvudmännen att avtala om sådana villkor för betalningsansvaret om de så önskar.

Utredningen menar vidare att en målsättning för överenskommelserna mellan huvudmännen bör vara att samarbetet ska fungera så väl att vårdprocesserna är optimala med korta väntetider för patienterna. Det skulle kunna medföra att det kommunala betalningsansvaret därmed kan avtalas bort mellan parterna.

Huvudmännen måste komma överens om hur de ska lösa eventuella konflikter med varandra

Det varierar över landet hur väl huvudmännen kan samarbeta för att lösa konflikter som uppstår i samband med utskrivning av patienter inom lagens målgrupp och kommunernas betalningsansvar. Utredningen föreslår att huvudmännen ska komma överens om hur man ska lösa tvister som kan uppkomma såväl vad gäller samarbetet runt den enskilde som kommunens betalningsansvar.

7.6 Kommunens betalningsansvar

Vårt förslag: En kommun ska betala ersättning till ett landsting för en patient inom landstingets slutna hälso- och sjukvård som den behandlande läkaren har bedömt vara utskrivningsklar.

En kommuns betalningsansvar ska omfatta patienter som är folkbokförda i kommunen. Den kommun, som har beslutat om att en patient ska vistas i en annan kommun i någon boendeform som avses i socialtjänstlagen (2001:453) eller i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, har betalningsansvaret för den patienten oavsett var patienten är folkbokförd.

Kommunens ansvar för utskrivningsklara patienter infördes i samband med Ädelreformen, se avsnitt 3.1. Skatteväxlingar genomfördes i samband med att kommunerna övertog ansvaret för de utskrivningsklara patienterna. Det kommunala betalningsansvaret infördes som ett ekonomiskt incitament för att förstärka genomslaget av de ansvarsförändringar som Ädelreformen innebar. Utredningen har, som framgår av avsnitt 7.1.2, bedömt att det kommunala betalningsansvaret bör bestå. Utredningen anser att det även fortsättningsvis behövs ekonomiska incitament för att åstadkomma kortare väntetider för patienter som behöver insatser från kommunens socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård och som också kan behöva insatser från landstingets öppna vård.

Utredningen föreslår därför att en kommun ska vara betalningsansvarig för patienter inom landstingets slutna hälso- och sjukvård som bedömts vara utskrivningsklara. Denna beskrivning av kommunens betalningsansvar skiljer sig inte från den som gäller enligt befintlig lagstiftning.

Betalningsansvaret ska omfatta patienter som är folkbokförda i kommunen men även för de patienter som genom ett beslut som kommunen fattat enligt SoL eller LSS vistas i en boendeform i en annan kommun. Principen är fastlagd redan i den nuvarande betalningsansvarslagen.

7.6.1 Förutsättningar för kommunens betalningsansvar

Vårt förslag: För att kommunens betalningsansvar ska inträda ska den behandlande läkaren i den slutna vården ha lämnat ett inskrivningsmeddelande och den fasta vårdkontakten ska ha skickat en kallelse till samordnad individuell planering. Kallelsen ska skickas senast tre dagar efter att patienten bedömts som utskrivningsklar.

När det gäller patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård ska kommunens betalningsansvar endast inträda ifall den slutna vården har underrättat kommunen om att patienten skrivits in och om den samordnade vårdplanen enligt 7 a § LPT har upprättats.

I den nu gällande betalningsansvarslagen är villkoren för att kommunens betalningsansvar ska inträda att patienten bedömts som utskrivningsklar och att en vårdplan är upprättad (10 §). För patienter inom den somatiska och den geriatriska vården inträder betalningsansvaret tidigast fem vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen. För patienter inom den psykiatriska vården inträder betalningsansvaret tidigast trettio vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen.

Villkoret att en vårdplan ska upprättas infördes i samband med lagändringarna 2003, se avsnitt 3.2.2. Utformningen av villkoren för betalningsansvarets inträde har fått till följd att kallelse och vårdplanering inte sällan kommer för tidigt i patientens vårdprocess. Som framgår av avsnitt 4.5.3 och 4.5.4 anser utredningen att detta fått olyckliga konsekvenser.

De villkor som ställs upp för kommunens betalningsansvar kan också ses som vilka krav som landstinget har för att dels säkerställa patientens behov av trygghet och dels att kommunerna ges förutsättningar för att på ett tryggt och effektivt sätt ta över sin del av ansvaret för patienten. De lagändringar som genomfördes 2003, där upprättandet av en vårdplan blev en central del av villkoren för betalningsansvarets inträde, var ett sätt att lösa de problem som fanns då i samband med utskrivningsprocessen. Samtidigt skapades nya problem.

Landstingen har rådighet över flera viktiga faktorer som kommunerna är beroende av för att kunna ta sitt ansvar vid utskrivningsprocessen. Utredningens utgångspunkt har därmed varit att utforma villkoren för betalningsansvarets inträde så att de skapar incitament för landstingen att åtgärda vissa problem kring utskrivningsprocessen som utredningen identifierat och som ligger inom landstingets ansvarsområde.

Betalningsansvarslagen och de ekonomiska incitament som regleras i lagen förändrar styrkeförhållandena mellan huvudmännen. Den ena parten får ekonomiska hållhakar på den andre att göra sin del av det gemensamma arbetet och det påverkar förhandlingspositioner mellan parterna. Som ovan framgår ställer den föreslagna lagen krav på att den landstingsfinansierade vården ska utföra vissa centrala uppgifter i processen, inskrivningsmeddelande, underrättelse att patienten är utskrivningsklar, informationsöverföring i samband med utskrivning och kallelse till samordnad individuell planering. Eftersom huvudmännen åläggs en skyldighet att komma överens om samverkan runt utskrivningsklara patienter och om tidpunkten för betalningsansvarets inträde finns möjlighet för huvudmännen att uppställa ytterligare villkor om så önskas.

Inskrivningsmeddelande måste ha lämnats för att kommunen ska få ett betalningsansvar

Ett villkor för att kommunens betalningsansvar ska inträda är att slutenvården har skickat ett inskrivningsmeddelande med föreskriven information. Om slutenvården inte skickat något inskrivningsmeddelande enligt 4 § inträder inget betalningsansvar för kommunen.

Slutenvårdens agerande och den informationsöverföring som görs inom ramen för slutenvårdstiden är av avgörande betydelse för mottagande enheters möjligheter att patientsäkert och snabbt kunna överta ansvaret för patienten när patienten inte längre behöver vårdas i slutenvård. En grundläggande förutsättning för kommunens del är att man får information om patienten i så god tid som möjligt innan utskrivning. Utredningen bedömer att den av utredningen föreslagna skyldigheten för slutenvården att lämna underrättelse om planerad utskrivningsdag är av avgörande betydelse för kommunernas möjlighet att snabbare än i dag kunna

överta sin del av ansvaret för patienten. Utredningen anser därför att den nya lagen måste säkerställa att sådan information som återfinns i inskrivningsmeddelandet meddelas kommunen.

Kallelse till samordnad individuell planering måste ha skickats för att kommunens betalningsansvar ska inträda

Ett ytterligare villkor för att kommunens betalningsansvar ska inträda är att den fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppenvården har kallat till samordnad individuell planering på föreskrivet sätt. Om kallelsen inte skickats på det sätt som föreskrivs i 11 § kan betalningsansvar inte inträda för kommunen.

Som framgår av avsnitt 5.3.1 och 5.4.4 anser utredningen att ett mycket stort problem i dag är att den landstingsfinansierade öppna vården alltför sällan deltar i det gemensamma planeringsarbete som måste göras runt varje patient i utskrivningssituationen. Patientens vistelse i slutenvården måste bli en angelägenhet för både kommun och för den landstingsfinansierade öppenvården eller primärvården.

Den öppna vårdens frånvaro i planeringsarbetet påverkar såväl väntetider som kvaliteten i patientens vård. En del av orsakerna till detta får tillskrivas nuvarande konstruktion av betalningsansvarslagen. Utredningen anser att det är en allvarlig brist i dagens konstruktion av lagen att de ekonomiska incitamenten inte träffar den landstingsfinansierade öppenvården (se avsnitt 7.1.2). Slutenvården har drivkrafter att korta ledtiderna, likaså kommunerna eftersom betalningsansvaret inträder om de agerar för långsamt. Men i dag innehåller inte lagen tillräckligt starka drivkrafter för öppenvården att delta i utskrivningssituationen. Det är förvisso i juridisk mening så att den landstingsfinansierade öppna vården ska vara involverad, men lagstiftning tycks i detta avseende inte vara ett tillräckligt starkt styrmedel för att åstadkomma önskat resultat.

Utredningen anser därför att den nya lagen måste skapa ekonomiska incitament för landstinget som huvudman att se till att även den landstingsfinansierade öppenvården/primärvården tar sin del av ansvaret för dessa patienter. Ekonomiska incitament enbart riktade till kommuner kommer inte att ge det resultat som utredningen vill uppnå.

Utredningen bedömer att det mest ändamålsenliga sättet att säkerställa att den landstingsfinansierade öppna vården aktivt med-

verkar i processen är att ålägga denna part kallelseansvar för den samordnade individuella planeringen. Utredningen har övervägt andra möjliga alternativ som kan säkerställa deltagande från denna part utan att hitta någon lösning som är mer adekvat. Det skulle t.ex. kunna vara att uppställa krav på deltagande i planeringskonferens eller att den öppna vårdens insatser ska dokumenteras i den samordnade individuella planeringen. Utredningen anser dock att sådana krav per automatik kommer att generera betydande tolkningsproblem och riskera att onödig administration uppstår.

Kallelse till samordnad individuell planering

Det framgår av 3 f § HSL att arbetet med den samordnade individuella planen ska påbörjas utan dröjsmål. Eftersom kommunens betalningsansvar enligt vårt förslag inte kan inträda om inte kallelsen skickats inom tre dagar tydliggörs och förstärks vikten av att agera utan dröjsmål.

Tiden innan kommunens betalningsansvar ska inträda ska enligt utredningens förslag inte börja räknas från när kallelsen skickas, som är fallet i dag. Tidsfristen ska i stället beräknas efter den tidpunkt slutenvården har lämnat meddelande om att patienten är utskrivningsklar. Kallelsen ska ha skickats senast tre dagar efter att slutenvården meddelat berörda enheter att patienten har bedömts som utskrivningsklar. Det innebär att kallelsen till samordnad individuell planering kan skickas även efter att patienten skrivits ut från slutenvård. Enligt utredningens förslag inträder inget betalningsansvar för kommunen om kommunen inte har fått någon kallelse till samordnad individuell planering.

Utredningen menar att det är fördelaktigt för såväl patienten som andra professionella om tidpunkten för planeringen är fastställd innan patienten lämnar slutenvården. Detta bör därför eftersträvas. Det skapar trygghet för alla berörda parter att veta hur processen ser ut framåt. Tidsfristen om tre dagar efter att patienten bedömts som utskrivningsklar innebär dock att patienten kan ha hunnit lämna slutenvården innan kallelsen kommer. De avgörande skälen till att utredningen föreslår en tidsgräns är dels kraven på skyndsamhet, men även för att det underlättar tillämpningen av lagen om tidsgränserna är definierade.

Kommunen är givetvis inte förhindrad att kalla till samordnad individuell planering. Kommunen kan dock inte komma ifrån sitt betalningsansvar genom att kommunen kallar till samordnad individuell planering innan kallelse skickats från den fasta vårdkontakten. Utredningen menar att det vore att öppna för ett orimligt kryphål som sätter de ekonomiska incitamenten för öppenvårdens deltagande i planeringsprocessen ur spel.

Patienter som vårdas med stöd av LPT

För patienter som ska skrivas ut till öppen psykiatrisk tvångsvård är planeringsprocessen reglerad i LPT och innebär att det är domstol som tar ställning till om vården ska övergå i öppen psykiatrisk tvångsvård. Ett villkor för detta är att det finns en upprättad vårdplan enligt 7 a § LPT. Kallelseansvar och planeringsprocess ser därmed annorlunda ut än för andra patienter. Utredningen föreslår därför att när det gäller patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård ska kommunens betalningsansvar endast inträda ifall den slutna vården har underrättat kommunen om att patienten skrivits in (inskrivningsmeddelande) och ifall den samordnade vårdplanen enligt 7 a § LPT har upprättats.

Utredningen har övervägt andra alternativ

Företrädare för kommuner har till utredningen framfört förslag på vilka prestationer som landstingen borde utföra för att ta sin del av ansvaret att korta väntetider. Exempel är att säkerställa att den kommunala hälso- och sjukvården har tillgång till läkarkonsultation dygnet runt, att inget betalningsansvar ska utgå om läkemedelslistor inte är korrekta eller att det som villkor för det kommunala betalningsansvaret ska uppställas krav på att det vid utskrivningstillfället är tydligt vilken läkare som övertar det medicinska ansvaret för patienten. Utredningen instämmer i den problembeskrivning som ligger till grund för sådana förslag. När det gäller läkemedelslistor är problemet att befintligt regelverk inte efterlevs. Ett sådant villkor skulle innebära att en värdering och en bedömning av vad som är korrekt vid utskrivningstillfället skulle behöva göras. Enligt utredningens uppfattning skulle detta innebära ett bety-

dande tolkningsutrymme om betalningsansvar ska inträda eller inte. Ett sådant bedömningsbart villkor skulle därmed kunna bli ohanterligt. Utredningen har ansett att ekonomiska incitament bör vara relativt enkla och inte innehålla sådana villkor som innebär att ett bedömningsmoment måste göras. Utredningen bedömer därmed att det inte är lämpligt att ställa ett sådant krav för betalningsansvarets inträde i denna lagstiftning. Fel i läkemedelslistor utgör en allvarlig patientsäkerhetsrisk och bör hanteras enligt befintliga bestämmelser om avvikelshantering. Sådana brister kan givetvis även bli föremål för tillsynsmyndigheten.

Vad gäller möjlighet att ställa som villkor för det kommunala betalningsansvaret att den kommunala hälso- och sjukvården ska ha tillgång till läkare dygnet samt förslaget om att det ska vara tydliggjort vem som övertar det medicinska ansvaret för patienten vid utskrivningstillfället har utredningen gjort följande bedömning.

De önskemål på krav som ska vara uppfyllda som förts fram är i dag inte reglerade i lag. Utredningen anser att sådan reglering klart ligger utanför betalningsansvarslagens tillämpningsområde och därmed utanför utredningens uppdrag. De problem som ligger till grund för förslagen är enligt utredningens uppfattning av karaktären ”systemfel”. Det handlar exempelvis om primärvårdens uppdrag och resurser. Det är enligt utredningen tveksamt om lagstiftning är det verktyg som skulle kunna komma tillrätta med dessa systemfel. Frågan får i sådant fall utredas i särskild ordning.

I sammanhanget ska erinras om att huvudmännen själva kan avtala om villkor för betalningsansvarets inträde. I det fall man anser att ekonomiska incitament på det sätt som detta system utgör är ett lämpligt sätt att åtgärda andra brister som huvudmännen identifierat lokalt så är det inget som hindrar att man i lokala avtal reglerar sådana villkor.

7.7 Lagen ska reglera vad som ska gälla ifall huvudmännen inte har kommit överens

Vårt förslag: Om det saknas en överenskommelse mellan huvudmännen ska kommunens betalningsansvar inträda tre dagar efter det att den behandlande läkaren har underrättat berörda enheter i kommunen om att patienten är utskrivningsklar, eller tre dagar

efter det att chefsöverläkaren underrättat berörda enheter om beslut om öppen vård enligt 7 a § tredje stycket LPT.

Om en sådan underrättelse lämnas efter klockan 12.00, ska kommunens betalningsansvar inträda fyra dagar efter det att underrättelsen har lämnats.

Som framgår av avsnitt 7.5.1 föreslår utredningen att huvudmännen ska komma överens om när kommunernas betalningsansvar ska inträda och om vilka belopp som kommunen ska betala till landstinget ifall den överenskomna tidsfristen överträds. Det kan dock förekomma situationer där det saknas sådana överenskommelser. Den första situationen rör patienter som vårdas i ett annat landsting än det landsting som patienten tillhör. Den andra situationen rör situationer där huvudmännen inte lyckats komma överens om andra villkor.

Utredningens ambition med den föreslagna regleringen är att huvudmännen ska hitta rutiner och lösningar som är anpassade efter lokala förhållanden. Under utredningsarbetets gång har utredningen diskuterat med företrädare för kommuner och landsting om möjligheten att överenskomma om andra frist dagar och belopp. Utredningens intryck är att såväl kommun- och landstingsföreträdare är skeptiska till möjligheten att överenskomma om tidsfrister och belopp men ser samtidigt behov av att gemensamt utveckla samverkan avseende utskrivningsklara patienter. Detta framkommer också i den enkät som Socialstyrelsen genomförde i samarbete med utredningen, se vidare avsnitt 6.1. Även om alla parter utredningen talat med uttrycker skepsis så finns också en samsyn i att gemensamma överenskommelser är att föredra framför tvingande lagstiftning eftersom den förstnämnda lösningen möjliggör för huvudmännen att ta ett gemensamt ansvar för kvalitet i vårdprocesserna med hänsyn till lokala förhållanden. Utredningen har därför valt att föreslå en skyldighet för huvudmännen att överenskomma om tidsfrister och belopp men med hänsyn taget till att de företrädare för kommuner och landsting som utredningen talat med bedömer det som svårt att komma överens om tidsfrister och belopp behöver lagstiftningen förses med en ”back-up-lösning” om parterna inte kan komma överens om andra lösningar.

Utredningen är medveten om att risken med att ha en ”back-up-lösning” i lagen är att huvudmännen väljer att tillämpa denna lös-

ning utan att göra anpassningar efter lokala förutsättningar på det sätt som utredningen avser. Vidare finns det allmänt risker med att ha lagstadgade fristdagar då de ofta missuppfattas som att vara en slags standard, att berörda verksamheter har ”tre dagar på sig”. Standard ska givetvis vara att patienten ska lämna slutenvården så snart som möjligt efter att patienten bedömts som utskrivningsklar. Trots dessa risker anser utredningen att lagen behöver förse med en sådan lösning. Risker är annars att om huvudmännen inte kommer överens så kan det leda till en förvärring av väntetidssituationen. Utredningen menar att flera av de stödåtgärder som utredningen föreslår i avsnitt 8 kan minska risken med att ha fristdagar som en ”back-up” lösning i lagen.

Fristdagarna räknas från underrättelse att patienten är utskrivningsklar

Utredningens förslag i detta avseende liknar den reglering som finns i Norge.¹⁰ Utredningens bedömning är sammantaget att systemet blir enklare och mer pedagogiskt om tidpunkten för inträdet av det kommunala betalningsansvaret knyts till underrättelsen att patienten är utskrivningsklar. Dagens ordning där tidpunkten för betalningsansvarets inträde är knutet till kallelse till vårdplanering och vårdplanens upprättande, 11 § betalningsansvarslagen, medför enligt utredningens uppfattning en olycklig risk för att det gemensamma planeringsarbetet sker för tidigt i patientens återhämtningsprocess. Vidare erfar utredningen att det med dagens system ofta uppstår problem vid tolkning av tidpunkter för när kallelsen mottagits och när vårdplanen upprättats vilket har central betydelse för det kommunala betalningsansvaret. Detta problem torde minska med utredningens förslag. Utredningen föreslår att huvudmännen ska komma överens om samverkan, se avsnitt 7.5.1. Sådana överenskommelser ska innehålla rutiner för informationsöverföring och det är naturligt att huvudmännen i dessa rutiner reglerar närmare om huvudmännen mellan sig vill ha rutiner för kvittenser av information m.m.

¹⁰ 10 § Forskrift om kommunal betalning för utskrivningsklara patienter.

I händelse av att patienten efter att ha bedömts som utskrivningsklar och berörda enheter underrättats om detta försämrats och inte längre är att betrakta som utskrivningsklar förutsätts behandlande läkare underrätta berörda enheter om förändringen. En ny underrättelse om att patienten är utskrivningsklar ska då sändas när patienten bedömts som utskrivningsklar. Tidsfristen för kommunens betalningsansvar bör i sådant fall räknas från den senare underrättelsen.

Vad är rimlig väntetid/planeringstid?

Vid införandet av nuvarande betalningsansvarslag diskuterade socialutskottet hur många planeringsdagar (dvs. fristdagar) som skulle vara rimliga innan betalningsansvaret inträder, se avsnitt 3.1.1. Denna diskussion om lämpligt antal fristdagar har hållits levande ända sedan lagens tillkomst. Enligt utredningens uppfattning spelar det egentligen ingen roll hur lång tid som bestäms. Den kommer ändå alltid att bli mindre lämplig i något avseende. Den kan bli för lång och inte sätta tillräcklig press på effektiva vårdprocesser, vilket innebär väntetid för den enskilde patienten att få komma vidare i sin vårdprocess och ett ineffektivt utnyttjande av resurser. Om pressen på snabbt agerande blir för stor finns risk att berörda aktörer inte hinner med alla moment vilket riskerar patientsäkerheten. Dessutom kan ett alltför hårt tryck avseende tidsfrister och belopp riskera att patienter hamnar i kläm. Det gäller t.ex. patienter som vårdas i livets slutskede. Olika enheter är olika rustade och har olika förutsättningar för att agera snabbt och omständigheter i det enskilda fallet kan ha stor betydelse.

För att säkerställa en god vård borde väntetiderna och därmed fristdagarna egentligen vara noll. När patienten inte längre behöver slutenvårdens resurser är det inte god vård att stanna kvar i slutenvården. Enligt denna princip borde således ansvaret övergå till kommuner och öppenvård samma dag som patienten är utskrivningsklar. Detta framkom också i ovan nämnda behandling i socialutskottet.

Men principen om god vård måste då vägas mot t.ex. förutsättningarna för socialtjänstens arbete. I detta avseende måste vi beakta såväl beslutsfattande som själva verkställigheten.

Utredning och beslut utan dröjsmål – individuell bedömning

En ansökan om bistånd enligt 4 kap 1 § SoL eller ansökan om insatser enligt 7 § LSS innebär att nämnden utan dröjsmål ska inleda en utredning enligt 11 kap. 1 § SoL. Det kan exempelvis röra sig om att den enskilde behöver insats från hemtjänsten, särskilt boende eller korttidsboende. En ansökan kan gälla såväl hjälp i en akut situation som hjälp för att förändra en situation långsiktigt. En ansökan till socialnämnden kan vara muntlig eller skriftlig. Det finns inga formella krav i vare sig FL, SoL eller LSS på hur en ansökan ska vara utformad. Ibland kan det råda osäkerhet om en person har gjort en ansökan, till exempel när nämnden under ett samtal får en fråga om stöd. Det är socialnämndens ansvar att i dessa situationer ta reda på om den enskilde avsåg att göra en ansökan eller inte. Om det är osäkert vad personen menar, bör nämnden fråga den enskilde. En ansökan om bistånd avslutas med ett beslut där det framgår om ansökan beviljas eller avslås. Om den enskilde tar tillbaka sin ansökan är huvudregeln att ärendet ska avslutas. Omfattningen av den utredning som nämnden måste göra med anledning av ansökan är beroende av omständigheterna i det enskilda fallet. En akut situation innebär av naturliga skäl att utredningen inte kan vara lika omfattande som ett icke-akut ärende.

Individuella frist dagar vore principiellt rätt men är inte praktiskt möjligt

Ett beslut gäller omedelbart och ska verkställas utan dröjsmål. Någon bestämd tidsgräns för när ett dröjsmål ska anses oskäligt har inte angetts i lagstiftningen. Det måste alltid göras en bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet (jfr RÅ 2007 ref. 36 och RÅ 2007 ref. 37 I-III). Vissa typer av bistånd tar längre tid att verkställa än andra. Det handlar ofta om att kommunen ska hinna ombesörja personalrekrytering, ändringar i turer eller schemaläggning eller utreda vilket boende som är mest adekvat för att möta individens behov. En bedömning av hur lång tid socialnämnden skäligen bör få på sig måste alltid avgöras utifrån en *individuell* bedömning.

Utredningen menar att frist dagar som företeelse kan motiveras med hänsyn till ovanstående. Besluten får ta olika tid att verkställa för olika personer, vilket är i enlighet med rättspraxis. Om den nya

lagen skulle vara helt kongruent med ovan nämnda princip skulle alltså fristdagarna vara avhängiga omständigheterna i det enskilda fallet och fristdagarna bli individuella, dvs. olika fristdagar för olika personer. Utredningen bedömer att en sådan ordning skulle orsaka betydande praktiska problem med stor ökning av den administrativa bördan. Utredning av skäligt dröjsmål skulle behöva företas i varje enskilt fall. Utredningen bedömer att en sådan ordning inte är möjlig.

Kollektiva fristdagar – lika för alla

Utredningen har gjort en avvägning mellan å ena sidan principen om god vård som fullt ut tillämpad skulle innebära att ingen patient stannar inom slutenvården efter att ha blivit bedömd utskrivningsklar och å andra sidan principen att socialnämnden har ett skäligt rådrum över när ett beslut ska verkställas. Vi har kommit fram till att det är rimligt att lagen tillåter fristdagar av viss omfattning som är kollektiva, dvs. lika för alla. Individuella fristdagar skulle vara ohanterligt. Inte heller är det genomförbart att i *lagstiftning* införa differentierad planeringstid för olika situationer.

I dag är fristdagarna olika för olika patientgrupper, inom somatik/geriatrik respektive psykiatri. Detta måste förstås som att man vid lagens tillkomst ansett att det är svårare att utreda och verkställa beslut för vissa patientgrupper. Utredningen menar att detta sätt att se på grupper av patienter är etiskt tveksamt. Huvudmännens ansvar för patienter inom psykiatrin är densamma som för andra grupper. Av detta skäl anser utredningen att det skulle krävas synnerligen starka skäl för att utredningen skulle föreslå en fortsatt kollektiv fristdag för patienter inom psykiatrin som inte är den samma som för övriga patienter. Se nedan under avsnittet *Ingen särbehandling av patienter inom psykiatrin avseende fristdagar och belopp*.

Utredningen bedömer att de övriga förslag som utredningen lägger sammantaget kommer att förbättra det långsiktiga omhändertagandet av dessa patienter. Vidare kommer utredningens förslag om att slutenvården redan vid inskrivningen ska kunna ange beräknad utskrivningsdag, underlätta för kommunernas planeringsarbete och möjlighet till framförhållning.

Tre fristdagar – en avvägning mellan olika principer och behov

Som framgår av avsnitt 4.9 finns nu uppgifter i kvalitetsportalen (kvalitetsportal.se) om väntetider för utskrivningsklara patienter som är över 65. Motsvarande uppgifter för patienter under 65 år samt patienter som vårdats inom slutna psykiatrisk vård saknas. De uppgifter som läggs in i databasen är antalet kalenderdagar som patienten stannar kvar inom slutenvården efter det att de bedömts som utskrivningsklara av läkare. Något landsting rapporterar in uppgifter utifrån lagens definition av utskrivningsklar, dvs. att en läkare bedömt patienten utskrivningsklar samt att en vårdplan upprättats. Medelvärde enligt denna databas ligger nära 4 kalenderdagar. Sett över landet får patienter som bedöms som utskrivningsklara ligga kvar nästan dubbelt så länge i genomsnitt i vissa landsting jämfört med rikets genomsnitt. Variationerna är således stora mellan olika landsting och mellan olika kommuner inom samma landsting. Stickprov som utredningen genomfört visar vidare att väntetiderna även varierar kraftigt mellan olika avdelningar inom samma sjukhus och mellan olika delar i en kommun. Mot bakgrund av detta anser utredningen att oavsett var den nationella lagstiftningen anger i termer av väntetider kommer det vara problem på vissa håll att följa dem, medan de på andra håll inte kommer vålla några större bekymmer. Av denna anledning anser utredningen att det är mest adekvat att huvudmännen själva sätter ambitionsnivåerna så att planeringstiden (väntetiden) kan anpassas efter de lokala förutsättningarna. Utredningen har dock bedömt att den behövs en ”back-up”-lösning om huvudmännen inte skulle komma överens samt i det fall det inte finns några överenskommelser av andra skäl. Det gäller t.ex. patienter som vårdas i ett annat landsting än det landsting där patientens folkbokföringskommun ingår.

Det norska regelverket ger kommunerna betalningsansvar från dag ett. Utredningen har mot bakgrund av de svenska förutsättningarna funnit att det i nuläget inte är möjligt att sätta den nationella gränsen lika lågt som i Norge

Vid en sammanvägd bedömning anser utredningen att antalet fristdagar – som också utgör väntetid för patienten – bör kortas i lagstiftningen. Utredningen föreslår att lagstiftningen ska ange tre fristdagar innan kommunernas betalningsansvar inträder. Utredningens förslag innebär att det är kalenderdagar som avses och inte

vardagar som i nuvarande lagstiftning. Denna väntetid är bedömd utifrån en sammanvägning av olika aspekter:

- Väntetiden är inte orimligt lång ur patientens synvinkel.
- Om tidsfristen beräknas på kalenderdagar och inte vardagar minskar risken att patienter blir kvar i slutenvård över storhelger som har sammanhängande röda dagar.
- Utredningens förslag om att det redan i inskrivningsmeddelandet ska anges en beräknad utskrivningsdag innebär att planeringsarbetet har förutsättningar att starta tidigare i förloppet och mottagande enheter kan ha bättre framförhållning. Utredningen menar att det i vissa fall även kan bli så att kommunerna får en längre planeringstid än i dag trots att fristdagarna kortas.
- Tidsfristen sätts med beaktande av de som är ”bäst i klassen”, dvs. den standard som bevisligen är fullt möjlig att uppnå. Ett liknande resonemang vid fastställande av antal fristdagar förde Socialutskottet i samband med att nuvarande lag infördes. Det innebär att gränsen bestäms utifrån bedömningen att en stor andel verksamheter skulle klara gränsen redan i dag. Många kommuner skulle klara en tidsfrist om tre dagar redan i dag att döma av resultaten i kvalitetsportal.se, se avsnitt 4.9. Därtill har utredningen under arbetets gång träffat på exempel på kommuner som nyligen infört interna policys att man ska ta hem sina patienter inom 48 timmar. Utredningen menar att det handlar om att ställa om sina arbetssätt och att det är fullt möjligt att göra detta. Kommunerna föreslås få stöd till det omställningsarbete som behöver göras.
- Tre kalenderdagar innebär att det normalt infaller minst en vardag under fristtiden, vilket underlättar för de mer administrativa uppgifterna som berörda enheter behöver genomföra.

Utredningen anser att det bör eftersträvas att hålla väntetiderna så korta som möjligt och att en förnyad bedömning av förutsättningarna att sänka fristdagarna bör göras inom några år om utredningens förslag genomförs om problemet med långa väntetider skulle kvarstå.

Hur ska fristdagarna beräknas mer exakt?

I den nationella "back-up-lösningen" ska betalningsansvaret inträda tre dagar efter det att den behandlande läkaren har underrättat berörda enheter om att en patient har bedömts som utskrivningsklar. Utredningen förordar att inte beräkna tidpunkterna utifrån när kommunen *tog del av* dessa underrättelser, då utredningen bedömer att det ökar risken för att systemet skulle manipuleras. Tidpunkten bör i stället beräknas utifrån *när meddelandet skickats*. Enligt utredningens uppfattning har de berörda enheterna i allmänhet och kommunerna i synnerhet mycket goda rutiner för att bevaka skeendet för de utskrivningsklara patienterna. Detta torde därför inte vara något problem i praktiken. Det bör understrykas att kommunerna redan i inskrivningsmeddelandet har fått underrättelse om när patienten beräknas vara utskrivningsklar. Därmed ska inte en underrättelse att patienten bedömts som utskrivningsklar komma som ett "överraskningsmoment" för berörda enheter.

Det finns normalt negativa aspekter på detaljreglering. Utredningen har ändå valt att reglera tidpunkt avseende betalningsansvarets inträde om inte huvudmännen kommit överens om annat. Skälen till detta är att i möjligaste mån undvika tolkningsproblem vid tillämpningen, vilket enligt utredningens uppfattning är vanligt förekommande i nu gällande regelverk. Utredningen har valt att lägga en brytpunkt för underrättelsen om att patienten är utskrivningsklar vid kl. 12.00. Motsvarande brytpunkt för kallelse till vårdplanering finns i avtalet mellan Kronoberg och länets kommuner om samverkan runt utskrivningsklara patienter.¹¹ Utredningen bedömer att denna ordning fungerat väl.

Exempel 1: patienten bedöms som utskrivningsklar kl. 10.00 en måndag, slutenvården underrättar berörda enheter att patienten bedömts som utskrivningsklar kl. 11.00. Måndagen är då fristdag 1, tisdag är fristdag två och onsdag fristdag tre. Från och med torsdagen inträder kommunens betalningsansvar.

Exempel 2: patienten bedöms som utskrivningsklar kl. 10.00 en måndag, slutenvården underrättar berörda enheter att patienten bedömts som utskrivningsklar kl. 13.00 samma dag. Måndagen är

¹¹ Avtal mellan länets kommuner och Landstinget Kronoberg gällande in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Kronobergs län 2012-2014, avsnitt 15.2.

då fristdag 1, tisdag är fristdag två, onsdag fristdag tre, torsdag fristdag fyra. Från och med fredagen inträder kommunens betalningsansvar.

Fristdagarna ska räknas utifrån kalenderdagar. Det innebär att helger, midsommarafton, julafton och nyårsafton också kan räknas som fristdagar.

Effekten – kortare planeringstid för de flesta patienter – längre tid några andra

Enligt nuvarande lagstiftning inträder kommunernas betalningsansvar dagen efter att patienten bedömts som utskrivningsklar samt en vårdplan har upprättats, dock tidigast fem vardagar efter att kommunen mottagit kallelse till vårdplanering inom somatisk vård.

Kallelse till vårdplanering kommer inte sällan relativt tidigt under patientens tid i slutenvård och därmed börjar tidsfristen räknas. Om tiden i slutenvården varar längre än fem vardagar efter att kallelse till vårdplanering skickats innebär detta att kommunens betalningsansvar inträder *dagen efter* att patienten bedömts som utskrivningsklar och en vårdplan upprättats. Motsvarande är 30 vardagar för patienter inom psykiatrisk vård. Utredningens förslag att räkna tidsfristen från det att underrättelse om att patienten är utskrivningsklar har skickats innebär att planeringstiden för patienter med långa vårdtider kan bli längre eftersom betalningsansvaret inte inträder förrän efter tre dagar efter att patienten bedömts som utskrivningsklar. Det ligger i sakens natur att patienter med långa vårdtider normalt har ett svårare eller mer komplicerat sjukdomstillstånd. Utredningens avsikt med att planeringstiden blir längre för dessa patienter jämfört med dagens system är för att dessa patienters tillstånd kan vara mer komplicerat än för andra patienter.

Medelvårdtiderna är betydligt längre för patienter inom psykiatri än för patienter i somatisk vård. Även om utredningens förslag innebär en stor sänkning av fristdagarna för patienter inom psykiatrisk vård behöver det således vid långa vårdtider i praktiken inte bli någon dramatisk skillnad jämfört med dagens system.

På motsvarande sätt blir planeringstiden på sjukhus med utredningens förslag kortare för patienter med kortare vårdtid. Exempel enligt nu gällande lagstiftning: patienten skrivs in dag ett, kallelse

till vårdplanering kommer dag två och patienten bedöms som utskrivningsklar dag tre. I dessa fall dröjer det således fem vardagar efter att kallelsen mottagits innan betalningsansvaret inträder (eller ännu längre beroende på när vårdplanen upprättas) enligt rådande lagstiftning. Med utredningens förslag inträder betalningsansvaret tre dagar efter att behandlande läkare i slutenvården underrättat berörda enheter att patienten bedömts som utskrivningsklar, dvs. planeringstiden blir kortare. Det är dock viktigt att i sammanhanget påminna om att berörda mottagande enheters planeringsmöjligheter förbättras då utredningen även föreslår att inskrivningsmeddelandet ska innehålla en bedömning av utskrivningsdag.

Vinster med att korta väntetiderna

Utredningen anser att den största vinsten av att korta fristdagarna och att skärpa kraven på öppenvårdens delaktighet i planeringsarbetet är att det stimulerar till ett utvecklingsarbete som behöver göras och som kommer att gagna patienterna. Att huvudmännen lokalt utvecklar vårdprocesserna kommer att stimulera kortare väntetider för patienterna och därmed ökad patientsäkerhet genom att patienten snabbare kommer till rätt vård- och omsorgsnivå, dvs. det sker en kvalitetshöjning. För samhället i stort innebär kortare väntetider att de gemensamma resurserna används på ett bättre sätt än i dag.

För huvudmännens del är det inte möjligt att med exakthet förutse hur utvecklingen kommer att bli om utredningens förslag genomförs. Det är bl.a. avhängigt hur de lokala avtalen utformas i fråga om väntetider. Som framgår av avsnitt 7.5.1 är det inte utredningens avsikt med förslagen att huvudmännen ska tillämpa back-up-lösningen men utredningen vill i det följande ändå redovisa en möjlig effekt om den nationella back-up-lösningen skulle tillämpas fullt ut. Som framgår av avsnitt 4.9 är patienter över 65 år i genomsnitt kvar cirka 4,1 dagar i slutenvård efter att de bedömts som utskrivningsklara. Utredningen uppskattar att denna totala genomsnittstid kan minska till cirka 2 dagar om den av utredningen föreslagna konstruktionen skulle tillämpas nationellt. Det innebär en minskning med 50 procent vilket mot bakgrund av uppgifterna i

avsnitt 4.10 skulle innebära att cirka 200 000 vårddygn per år kan frigöras.

När det gäller patienter under 65 år inom somatisk slutenvård är underlagen mycket osäkra avseende hur många vårddygn som de i dag vårdas som utskrivningsklara. Om vi använder samma antaganden som i avsnitt 4.10 skulle det innebära att för denna grupp skulle minskningen av antalet vårddygn bli cirka 28 000 per år.

Utredningen bedömer att underlagen avseende patienter i psykiatrisk vård är för osäkra för att göra antaganden om effekter på antalet vårddygn. Men det ligger i sakens natur att då fristdagarna ändras från 30 vardagar till 3 dagar så kommer väntetiderna för patienterna att bli avsevärt kortare.

Utredningen finner det knappast relevant att i dessa sammanhang tala om minskningen av antalet vårddygn för utskrivningsklara i termer av besparingar för slutenvården. Erfarenheter från Norge visar att de vårdplatser som frigjordes då andelen utskrivningsklara patienter minskade användes till andra patienter. Utredningen bedömer att motsvarande utveckling kommer att ske även i Sverige om utredningens förslag genomförs. Vid sidan av vinsterna för patienterna i form av kortare väntetider och ökad patientsäkerhet, ligger fördelarna främst i möjligheten att minska överbeläggingsproblematik där det förekommer samt att resurserna i vård och omsorg som helhet används mer effektivt.

Ingen särbehandling av patienter inom psykiatrin avseende fristdagar och belopp

Enligt dagens lagstiftning är fristdagarna olika många för patienter i somatisk vård respektive psykiatrisk vård. Utredningens förslag innebär att i den nationella backup-lösningen är fristdagarna lika för alla patientgrupper som omfattas av lagen. Huvudmännen kan i sina respektive överenskommelser överenskomma annat.

Psykiatrilagsutredningen framförde i betänkandet *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd* (SOU 2012:17) bl.a. att tidsfristen innan betalningsansvaret övergår till kommunen avseende en utskrivningsklar patient som vårdas inom den slutna psykiatriska tvångsvården skulle minska från trettio till femton vardagar. Utredningen redovisar utvecklingen av de kommunala insatserna till målgruppen och konstaterar att kommunerna har

fortsatt att bygga ut sina insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning sedan lagändringen år 2003. Särskilda statliga stimulan-medel har utgått till kommunerna under åren 2007–2010. Enligt Socialstyrelsen har antalet personer med psykisk funktionsnedsättning som får någon form av boendeinsats ökat från cirka 24 000 år 2008 till cirka 29 000 år 2010. Psykiatrilagsutredningen bedömde att kommunernas beredskap för och möjlighet att kunna tillhandahålla patienter som skrivits ut från den psykiatriska slutenvården ett gott och anpassat boendestöd, är avsevärt bättre än tidigare. Psykiatrilagsutredningen menade därmed att regeringens argument för tidsfristens längd om minst trettio vardagar innan betalningsansvarets övergång, inte längre har samma relevans. Psykiatrilagsutredningen resonerade även kring strävan att inte särreglera stödet för denna målgrupp mer än nödvändigt. Psykiatrilagsutredningen hänvisar till rapporten *Bättre vård – mindre tvång*, SKL 2010, som redovisar resultat av en kartläggning som SKL gjorde av den psykiatriska heldygnsvården 2008 och 2009 och som också berör tidsfristens längd.

Psykiatrilagsutredningen valde dock att i sina förslag inte normalisera tidsfristerna för denna målgrupp utan förordade i stället en sänkning från trettio dagar till femton. Det framgår inte av betänkandet vilket underlag och vilka överväganden som avgjort att utredningen föreslog just denna tidsfrist. Man menade att det kan finnas personer i denna målgrupp som det är svårt att finna rätt insats för och att det därmed kan ta längre tid. Psykiatrilagsutredningen anförde dock att lagstiftaren inom en inte alltför lång tid kan ta ytterligare steg och helt ta bort skillnaden vad gäller tidsfristen mellan psykiatrisk och somatisk slutenvård.

Ett skäl som skulle motivera en fortsatt särbehandling av patienter inom psykiatrisk slutenvård skulle vara att kommunen *alltid* har svårare att verkställa beslut för dessa patienter och att denna svårighet förklaras av gruppens särart som sådan. Det finns inga underlag som visar att denna patientgrupp som grupp betraktat har sådan särart att det alltid är svårare att planera för insatser. Det närmaste vi kommer undersökningar som visar bekymmer med att verkställa beslut är de uppföljningar som IVO gör av lagstiftningen om kommunernas rapporteringsskyldighet avseende icke verkställda beslut. I den senaste rapporten på området *Hur länge ska man behöva vänta?* IVO, 2014, framgår att svårigheterna att verk-

ställa beslut rör i huvudsak två insatsområden, boende respektive kontaktperson och kontaktfamilj. Vad gäller problem med verkställighet av boenden enligt SoL rapporterar IVO att de 4375 ärenden som berörs åren 2010–2013 avser i huvudsak bostad för äldre. Endast ett fåtal rörde personer med funktionshinder. År 2010 rörde 107 rapporterade inte verkställda beslut personer med funktionshinder. Motsvarande antal var 117 år 2011, 130 år 2012 samt 139 år 2013. En mycket vanlig insats för gruppen personer med psykiska funktionsnedsättningar är boendestöd. År 2012 fanns totalt 45 ärenden som inrapporterats pga. av långa väntetider. Av dessa hade 8 personer fått vänta i 0–3 månader på att få sin insats, 20 personer väntade 3–6 månader, 9 personer 7–9 månader och 5 personer 9–12 månader och ytterligare 3 personer väntade 13–17 månader. Jämfört med andra ärendeslag är dessa mycket blygsamma siffror.

Sammantaget kan utredningen inte se att denna grupp som *kollektiv* skulle vara så mycket svårare att verkställa beslut för att det skulle motivera avsteg från principen om jämlik vård. Inte heller framkommer i de kontakter med kommun- landstings- och patientföreträdare som utredningen haft, sådana synpunkter att personer med psykiska funktionsnedsättningar som grupp betraktat skulle vara svårare att planera och verkställa insatser för. Däremot finns det givetvis för vissa enskilda individer problem med att planera för och verkställa adekvata insatser och åtgärder. Utredningen har tagit del av exempel när det gäller fortsatt vård inom ramen för HVB eller särskilt boende och där det finns särskilt komplicerade omständigheter för vissa individer i denna grupp. Utredningen menar dock att dessa problem skulle minska betydligt om huvudmän och verksamheter hade en samsyn över organisationsgränser om hur vårdprocesser och vårdnivåer ska se ut lokalt och om man i förväg kommit överens om hur man ska samarbeta runt såväl grupper av patienter som på individnivå.

Sedan den 1 januari 2010 är landsting och kommuner skyldiga att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar (8 a § HSL resp. 5 kap. 8 a § SoL). På motsvarande sätt är huvudmännen sedan den 1 juli 2013 skyldiga att överenskomma hur de ska samverka avseende personer som missbrukar alkohol, narkotika eller andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopingmedel (8 b § HSL resp. 5 kap.

9 a § SoL). Utredningen anser att huvudmännens redan befintliga skyldighet att teckna samverkansöverenskommelser för dessa grupper sammantaget ska minska problemen med att det i utskrivningssituationer uppstår konflikter mellan huvudmännen om hur den enskildes fortsatta behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst ska tillgodoses.

I sammanhanget bör också erinras om att socialtjänstens ansvar för personer med psykiska funktionsnedsättningar är detsamma som för andra grupper inom socialtjänsten. Utredningen menar att tillåtande av ett längre antal fristdagar för personer med psykiska funktionsnedsättningar indirekt kan innebära en legitimering av att insatser till denna grupp prioriteras ned.

Avvikande fristdagar för andra grupper

Utredningen har övervägt om det finns andra grupper där det skulle vara adekvat i lagstiftning att ha avvikande fristdagar. En sådan grupp skulle kunna vara patienter som befinner sig i livets slutskede. Av samma skäl som anges i avsnitt 7.3.4 anser utredningen att lagstiftningen inte ska ha avvikande fristdagar för denna grupp. Dessutom står det huvudmännen fritt att avtala om olika fristdagar för olika grupper om man lokalt identifierar skäl till detta.

7.7.1 Kommunen ska betala ett belopp motsvarande genomsnittskostnad för en vårdplats

Vårt förslag: Om överenskommelse saknas som reglerar det belopp som kommunen ska betala vid eventuell överträdelse av tidsfristen, ska kommunen betala det belopp som regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer har fastställt. Beloppet ska vara enhetligt för all typ av vård och motsvara genomsnittskostnaden för ett vårddygn i slutenvård.

I nu gällande regelverk är de nationellt fastställda beloppen differentierade i somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård och psykiatrisk vård. Utredningen anser att om huvudmännen eftersträvar diffe-

rentiering av de belopp som kommunen ska betala till landstinget så blir differentieringen mer adekvat om den anpassas till förhållandena inom det aktuella landstinget. En differentiering på nationell nivå tillför egentligen inget mervärde för parterna med hänsyn till att kostnaderna för olika typer av slutenvårdsplatser varierar kraftigt mellan olika landsting.

I de fall huvudmännen inte kan komma överens om vilka belopp som ska gälla för kommunernas betalningsansvar ska det finnas ett belopp som fastställs på nationell nivå. Ett sådant nationellt fastställt belopp behövs också för patienter som vårdas i ett annat landsting än det som ansvarig kommun tillhör.

Lagstiftning om kommunernas betalningsansvar är primärt avsedd att fungera som ett incitament till effektiva vårdprocesser. En sekundär funktion är att utgöra betalningsreglemente. Mot bakgrund av att huvudmännen ska komma överens om beloppen kan det nationellt fastställda beloppet vara odifferentierat. Framtagandet av beloppet bör vara så administrativt enkelt som möjligt. Utredningen anser att det bör beräknas som ett "supergenomsnitt" – ett belopp som är ett medelvärde av priset på slutenvårdsplatser över hela landet med viktning av hur många platser som är disponibla inom respektive medicinsk specialitet.

Mot bakgrund av de underlag som utredningen haft att tillgå uppskattar utredningen att ett sådant belopp i dagsläget kan hamna omkring 6 000 kronor per dygn.

7.7.2 Beloppet ska räknas upp årligen med hänsyn till prisutvecklingen på vårddygn i riket

Vårt förslag: Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska årligen fastställa det belopp som kommunen ska betala (om huvudmännen inte avtalat om annat). Beloppet ska uppdateras så att det följer prisutvecklingen för ett genomsnittligt vårddygn i riket.

Hur beloppen fastställs regleras i dag i förordningen (1991:1278) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Beloppen räknas upp årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling. Skatteverket lämnar varje år in underlag till regeringen

som fastställer beloppet. Beloppen räknas således upp med hänsyn taget till "betalningsförmåga" och inte med hänsyn till kostnadsutvecklingen för slutenvårdsplatser. Utredningen anser att denna uppräkningsprincip varit olycklig då beloppen under årens gång har kommit att hamna allt längre ifrån ett verkligt genomsnittspris.

Ett sätt att hantera en årlig uppräkning vore att utifrån reell kostnadsutveckling baserat på underlag från all slutenvård räkna fram ett nytt "supergenomsnitt" Det skulle enligt utredningens bedömning vara en mycket stor arbetsuppgift. Utredningen menar att arbetsinsatsen och resursutnyttjandet detta skulle generera knappast skulle motsvara nyttan av ett sådant arbete.

Ett vanligt sätt att hantera uppräkning av belopp är använda index. Vilket befintligt index som är lämpligast att använda är avhängigt vilka kostnader som avses. I detta fall torde lönekostnader vara den dominerande kostnadsposten. Övriga kostnader hänförliga till en vårdplats, lokaler, utrustning och läkemedel torde i normalfallet enligt utredningens uppskattning vara en mindre del av den totala vårdplatskostnaden.

Det index som utredningen funnit vara mest adekvat att använda i dagsläget är VPI, vårdprisindex, som tas fram av SKL. Ur SKLs PM 2009-03-19:

För verksamheter där en betydande andel av lönekostnaderna bestäms av löneavtal mellan SKL och Vårdförbundet respektive Läkarförbundet, är det betydligt svårare att göra prognoser för lönekostnadsutvecklingen. Därför föreslås i stället att ett index grundat på utfall används, både för lönekostnader och övriga prisförändringar. Vi har valt att kalla detta index för vårdprisindex (VPI).

Syftet med detta index är att indexeringen ska leda till att den ekonomiska ersättning som en utförare får för att bedriva en verksamhet ska vara reellt oförändrad mellan åren. Indexeringen ska leda till att utföraren får kompensation för allmänna pris- och löneökningar.

Som framgår av avsnitt 8 anser utredningen att det bör göras en uppföljning av beloppen i betalningsansvarslagen efter ett visst antal år för att säkerställa att beloppet inte blir för högt eller släpar efter utvecklingen av vårdplatskostnader.

Processen med att fastställa det nationella beloppet

Det belopp som regleras i den av utredningen föreslagna lagen och rör huvudmännens transaktioner sinsemellan och berör således inte statsbudgeten. Det saknas enligt utredningens uppfattning skäl till att regeringen ska fastställa dessa belopp. Tvärtom skapar det onödig administration när en expertmyndighet (i dag Skatteverket) ska ta fram beloppen som regeringen sedan ska besluta om. En mer ändamålsenlig hantering är att en expertmyndighet både ansvarar för att ta fram och besluta om beloppet.

Utredningen förordar att regeringen genom en förordning eller via en myndighets instruktion uppdrar åt lämplig myndighet att årligen fastställa det belopp som åsyftas i den av utredningen föreslagna lagstiftningen. Utredningen bedömer att Socialstyrelsen är mest lämpad för den uppgiften. Detta mot bakgrund av att Socialstyrelsen förvaltar och underhåller den svenska delen av NordDRG som torde kunna utgöra en lämplig kunskapsbas för framräkning av de årliga beloppen. DRG-systemet innebär att patienter med likartad diagnos och resursförbrukning grupperas i en och samma grupp. DRG är ett överskådligt sätt att beskriva patientsammansättningen ("case mix") på olika sjukhus eller i olika landsting, vilket gör det relativt enkelt att göra jämförelser över tiden eller att jämföra kvaliteten på vården. Eftersom DRG-systemet tar hänsyn till resursförbrukning, dvs. kostnader, kan det också användas för att jämföra olika sjukhus avseende kostnadseffektivitet, så kallad "benchmarking".

Ibland används DRG även som ett budgetinstrument vid planering av sjukvård. DRG kan då vara underlag för anslagstilldelning till sjukhusen eller underlag för sjukhusens interna budget. I de landsting där man tillämpar prestationsersättning i stället för anslagsfinansiering, används DRG också som debiteringsunderlag för utförd vård. NordDRG har utvecklats för slutenvård, psykiatri, rehabilitering, dagkirurgi samt öppenvård på sjukhus.

Huvudmännens intresseorganisation bör höras i processen med att fastställa det årliga beloppet

Utredningen anser att det är viktigt att huvudmännen ges möjlighet att påverka beloppets storlek oavsett vilken myndighet som får uppdraget att fastställa det årliga beloppet. Sveriges Kommuner och Landsting företräder båda huvudmännen och bör höras innan det nationella beloppet fastställs.

7.8 Behov av mer detaljerade bestämmelser

Vår bedömning: Utredningen gör bedömningen att mer detaljerade bestämmelser avseende samverkan och informationsöverföring i samband med in- och utskrivning från den slutna hälso- och sjukvården bör regleras genom föreskrifter.

Utredningen bedömer att sådana föreskrifter kan meddelas med stöd av befintliga bemyndiganden.

Exakt vilka rutiner som ska gälla för samverkan mellan verksamheter som finansieras av landsting och kommun ska enligt utredningens mening regleras genom överenskommelser mellan huvudmännen. Med samverkan avses även den informationsöverföring som är nödvändig för patientens vård- och omsorgsprocesser. Vi har därför föreslagit att lagen ska innehålla bestämmelser om att huvudmännen ska göra sådana överenskommelser (se avsnitt 7.5.1)

Även om huvudmännen kommer överens om ändamålsenliga riktlinjer för denna samverkan kan det finnas behov av mer detaljerade bestämmelser utöver de som finns i lagen.

I dag finns Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård som gäller vid tillämpningen av betalningsansvarslagen. I dessa föreskrifter finns bestämmelser om rutiner för samverkan, vårdplanering och om överföring av information. Utredningen gör bedömningen att det kommer att behövas mer detaljerade föreskrifter även vid tillämpningen av den lag som vi föreslår. Vi anser att sådana föreskrifter precis som i dag, med fördel meddelas på myndighetsnivå. Vi förutsätter att det ska vara Socialstyrelsen som meddelar dessa föreskrifter. Föreskrifterna kommer enligt utred-

ningens uppfattning att kunna meddelas med stöd av befintliga bemyndiganden i hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen, patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och i förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

8 Förslag på övriga åtgärder

Utredningen föreslår en ny lagstiftning avseende samverkan runt utskrivningsklara patienter. Av utredningens direktiv framgår även att utredningen har i uppdrag att överväga om åtgärder på kort sikt kan vidtas för att förbättra samarbetet mellan landsting och kommuner när det gäller insatser till de aktuella patienterna/brukarna. Nedanstående åtgärder kan, med undantag i avsnitt 8.5.2, vara sådana åtgärder. Åtgärderna kan med fördel kombineras med att en särskild funktion, t.ex. en nationell samordnare, får i uppdrag att hålla samma de olika insatserna i utvecklingsprogrammet.

Utredningen har under arbetets gång löpande ställt frågor till representanter för berörda verksamheter vilka åtgärder som kan vidtas för att stödja verksamheterna i en fortsatt positiv utveckling oavsett om förslaget till ny lagstiftning införs. Förslagen nedan bygger på sådana önskemål som framförts till utredningen samt utredningens egna analyser.

8.1 Ett utvecklingsprogram för effektivare utskrivning från slutenvård

Utöver utredningens lagförslag lämnas i det följande förslag på ett utvecklingsprogram som innehåller flera olika områden. De olika delarna i utvecklingsprogrammet kan brytas ut och genomföras som solitära åtgärder. Utredningen bedömer mot bakgrund av problemanalysen (se avsnitt 5 och 6) att problemen och utvecklingsbehoven är mångfacetterade och kräver därför olika angreppssätt och fokus för att sammantaget nå den önskade effekten. Utvecklingsprogrammet som helhet, eller delar därav, kan genomföras oavsett om förslaget till ny lagstiftning införs. I händelse av att den

nya lagstiftningen införs bör utvecklingsprogrammet sjasättas en tid innan ikraftträdandet så att huvudmännen rustas att tillämpa lagen.

8.2 Åtgärder för att främja en effektivare samverkan mellan huvudmännen

8.2.1 Stöd till huvudmännen att teckna överenskommelser om samverkan avseende utskrivningsklara patienter

Samverkansproblem kan ha många olika orsaker. Enligt utredningens uppfattning handlar det inte sällan om att värnandet om den egna verksamheten och dess budget väger tyngre än värnandet om principen att de sammantagna resurserna ska göra största möjliga nytta. En överenskommelse om samverkan avseende utskrivningsklara patienter bör ha som utgångspunkt att parternas gemensamma resurser ska användas så effektivt som möjligt. Ett sådant förhållningssätt leder inte bara till ett effektivare resursutnyttjande totalt sett utan även effektivare vård och omsorg för den enskilde patienten.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen eller annan lämplig aktör i uppdrag att stödja huvudmännen i utarbetandet av sådana samverkansöverenskommelser kring utskrivningsklara patienter som föreslås av utredningen. Innehållet i sådana överenskommelser är beskrivet i avsnitt 7.5.1. Detta kan ske genom att ta fram skriftlig information om vad lagändringen innebär, vägledningar om hur en samverkansöverenskommelse kan innehålla samt mer praktiskt stöd till upprättande av sådana genom stöd av processledare, möjlighet till erfarenhetsutbyte eller på annat lämpligt sätt.

Exempel på samverkansöverenskommelser som utredningen tagit del av indikerar att befintliga överenskommelser, såväl sådana som huvudmännen enligt lag är skyldiga att upprätta som sådana huvudmännen har upprättat på frivillig väg, har ett inslag av att utgöra "gränsdragningsdokument", dvs. anger vem som gör vad. I regel saknas beskrivningar av hur sammanhållna vårdkedjor ser ut över huvudmannagränser och hur samverkan ser ut runt den enskilde. Vidare erfar utredningen att befintliga samverkansöverenskommelser reglerar situationen "här och nu" men innehåller mycket litet inslag av planering av hur vårdkedjorna ska utvecklas framöver. Inom

ramen för ett sådant uppdrag som nu föreslås bör särskilt övervägas om det är möjligt att stödja huvudmännen så att samverkansöverenskommelser får ett större inslag av planerat gemensamt utvecklingsarbete, dvs. att samverkansöverenskommelserna får ett större inslag av att vara utvecklingsöverenskommelser.

8.2.2 Utredningsstöd för att hitta de lokala "bromsklossarna" i systemet

Regeringen bör ge Socialstyrelsen eller annan lämplig aktör i uppdrag att stödja huvudmännen i ett gemensamt arbete med att lokalt finna orsaker till "flaskhalsar" i processen med övergång från slutenvård till vård och omsorg i öppna former. Detta stöd kan ges som ett ekonomiskt bidrag eller på annat lämpligt sätt. Ett sådant projekt bör hållas ihop nationellt och möjliggöra erfarenhetsutbyte med andra delar av landet.

Utredningens slutsatser är att ledtiderna mellan slutenvård och vård och omsorg i öppna former är ett intrikat samspel mellan olika faktorer och för att kunna korta ledtiderna behöver huvudmännen utreda vilka faktorer som lokalt påverkar varför ledtiderna ser ut som de gör. Våra erfarenheter är att huvudmännen tenderar att "skylla" långa ledtider på den andra parten. Sanningen är dock sällan så enkel att långa ledtider endast beror på att en part fallerar. Ledtiderna är i stället enligt utredningens analys effekten av ett ofta komplicerat samspel mellan olika faktorer. De landstingsfinansierade parterna sitter på flera av förutsättningarna för att de kommunalt finansierade enheterna ska kunna fullgöra sitt uppdrag. Och vice versa. Utredningens bedömning är att det knappast är möjligt att skapa effektivare ledtider mellan slutenvård och vård och omsorg i öppna former om inte parterna har en samsyn kring problemen. En samsyn om vad som är problem och "flaskhalsar" lokalt är utgångspunkten för att parterna gemensamt ska hitta bra lösningar för effektivare flöden.

Det behöver också belysas vilka de lokala förutsättningarna är för att korta ledtiderna generellt och för olika grupper av patienter. Sådant utredningsstöd kan ges oavsett om förslaget till ny lagstiftning införs.

8.2.3 Metodstöd avseende samordnade individuella planer

Regeringen bör ge Socialstyrelsen eller annan lämplig aktör i uppdrag att genom vägledning eller annat kunskapsstöd, stödja huvudmännen i hur samordnade individuella planer kan användas i praktiken.

Det kan vidare övervägas om det i detta sammanhang också behöver klargöras hur lagrummen om samordnade individuella planer förhåller sig till andra lagrum som reglerar planeringsbestämmelser på individnivå.

8.2.4 Produktions- och kapacitetsplanering över huvudmannagränser

Utredningen har endast funnit några få exempel på att huvudmännen, vad gäller utskrivning från sjukhus, gör gemensamma uppskattningar av volymer och kostnader avseende målgruppen i denna lag och utifrån behovsanalysen gör produktions- och kapacitetsplanering över huvudmannagränser. Utredningen menar att det vore av stort intresse att prova ett sådant arbetssätt. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen, eller annan lämplig aktör ges i uppdrag att i samarbete med intresserade huvudmän genomföra en sådan försöksverksamhet.

8.2.5 Utveckla statistiken vad gäller utskrivningsklara patienter och sambandet med oplanerade återinläggningar

Som finns ett samband mellan utskrivning från sjukhus och oplanerade återinläggningar se avsnitt 4.5. Det är sannolikt så att alltför snabba utskrivningsprocesser gör att berörda enheter ”inte hinner med” att ta om hand patienten på ett patientsäkert sätt och därmed uppstår risk för brister i vården och omsorgen som kan leda till att patienten behöver läggas in i slutenvård på nytt kort tid efter utskrivning från densamma. Det finns således en gräns för hur korta ledtiderna kan bli innan patientsäkerhetsrisker uppstår. Utredningen anser att det är synnerligen viktigt att ständigt följa hur sambanden utvecklas.

I dag finns uppgifter samlade nationellt avseende uteskrivningsklara patienter inom somatisk vård som är över 65 år. Utredningen anser att regeringen på lämpligt sätt behöver säkerställa att denna datainsamling fortgår samt att den utvidgas till att omfatta alla patienter som omfattas av denna lag, dvs. även patienter som är under 65 år samt patienter som vårdas i sluten psykiatrisk vård.

Vidare behöver data utvecklas så att huvudmän och verksamheter lätt kan se sambanden mellan de utskrivningsklara patienterna och vilka av dessa som drabbas av oplanerade återinläggningar inom lämpligt tidsspann. En sådan datainsamling och sammanställning görs i Norge, varvid huvudmännen kan följa hur flödena ser ut. I Norge finns vissa tendenser till att återinläggningar ökade i samband med att man genomförde reformen om utskrivningsklara patienter, se avsnitt 9.8. Det är, såvitt utredningen känner till, ännu inte klarlagt om ökningen av återinskrivningar i Norge orsakats av snabbare ledtider eller om det är en tillfällig ökning som har andra orsaker.

8.3 Åtgärder för att främja ett effektivare resursutnyttjande i socialtjänsten

8.3.1 Stöd till kommunerna att införa nya arbetssätt

Om de föreslagna lagstiftningsförändringarna genomförs behöver framförallt kommuner stöd i att utveckla metoder och arbetssätt för att i ökad utsträckning kunna ta om hand patienter i hemmet i stället för att patienten först kommer till ett korttidsboende. Utredningen finner att de kommuner som infört sådana arbetsmodeller som ”Trygg hemgång” på mycket kort tid uppnått imponerande kvalitetsvinster till samma eller till och med lägre kostnader, se vidare avsnitt 9. Det finns även andra arbetsmodeller som utredningen bedömer skulle ge en sådan kvalitetshöjning som utredningen eftersträvar, t.ex. ”Tidig koordinerad utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmiljö för äldre efter stroke”. Utredningen föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen eller annan lämplig aktör i uppdrag att genom kunskaps- och metodstöd, processledare, erfarenhetsutbyte, stimulansmedel eller på annat lämpligt sätt stödja kommunerna i att införa sådana arbetssätt.

8.4 Åtgärder för att förstärka hälso- och sjukvårdens samordning runt patienter med sammansatta behov av insatser

8.4.1 Utveckling av metoder och arbetssätt avseende fast vårdkontakt

Som framgår av avsnitt 7.4.4 har patientens möjlighet att få en fast vårdkontakt utsedd för sig inte fått önskat genomslag. Utredningen anser, som framgår av avsnitt 7.4.4, att den målgrupp som omfattas av den föreslagna lagstiftningen är en sådan grupp som skulle ha stor nytta av en fast vårdkontakt. Utredningen erfar, bl.a. med hänvisning till Socialstyrelsens uppföljning av införandet av fast vårdkontakt att det behövs ytterligare åtgärder från statens sida för att fast vårdkontakt ska få det genomslag och den funktion som lagstiftaren avsåg. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen eller annan lämplig aktör ges i uppdrag att utarbeta vägledningar avseende organisation och arbetssätt när det gäller fast vårdkontakt och att erfarenhetsutbyte möjliggörs över landet.

8.5 Övriga åtgärder

8.5.1 Särskild uppföljning av väntetid för patienter som vårdas inom ramen för LRV

Utredningen föreslår att patienter som vårdas med stöd av LRV ska undantas från den av utredningen föreslagna lagstiftningen, se avsnitt 7.3.3. Detta motiveras i huvudsak med att utredningen bedömer att styrning med hjälp av ekonomiska incitament, som den föreslagna lagen utgör, passar illa för denna grupp patienter. Patienter som vårdas med stöd av LRV har givetvis samma rätt till god vård som andra patienter och häri ligger att ledtiderna mellan slutenvård och vård och omsorg i öppna former kan hållas så korta som möjligt. Hur väntetiderna ser ut för patienter som vårdas med stöd av LRV redovisas i nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister. Regeringen bör ge en lämplig aktör i uppdrag att följa upp hur väntetiderna utvecklar sig avseende patienter som vårdas med stöd av LRV och föreslå lämpliga åtgärder om väntetiderna vid uppföljningen befinns vara för långa.

8.5.2 Uppföljning av utvecklingen av väntetider

Utredningen föreslår att regeringen ger lämplig aktör att följa upp hur väntetiderna utvecklar sig och om den föreslagna lagstiftningen genomförs bör en sådan uppföljning även innehålla en analys av lagändringens samlade effekter inklusive eventuella undanträngningseffekter.

Utredningen föreslår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer årligen ska fastställa vilket belopp som kommunen ska ersätta landstinget om fristdagarna överträtts, såvida inte huvudmännen avtalat om andra belopp. Utredningen presenterar i avsnitt 7.7.2, hur en sådan uppräknings skulle kunna gå till. Det är viktigt att det inte blir en eftersläpning av beloppen visavi den verkliga kostnadsökningen på vårdplatser i riket, vilket är fallet i dagens system. Utredningen föreslår därför att det i samband med den nu föreslagna uppföljningen även görs en analys av beloppens utveckling för att säkerställa att det nationella beloppet ligger på en adekvat nivå.

9 Lärdomar från framgångsrika verksamheter m.m.

Sammanfattat:

I detta avsnitt beskrivs:

- Några exempel på verksamheter eller lösningar som utredningen hämtat inspiration ifrån.

Det finns ingen systematisk värdering på nationell nivå av tillståndet i olika landsting och kommuner vad gäller effektivitet i utskrivningsprocessen. Under utredningens gång har utredningen haft kontakt med många olika verksamheter som arbetar framgångsrikt med dessa frågor och utredningen har funnit många inspirerande exempel. Utredningen avgränsar dock denna framställning och redovisar i det följande ett urval av framgångsexempel som utredningen menar bör uppmärksammas för inspiration och som ”referens” när vi dels värderar vårt nuvarande regelverk för utskrivningsprocess och dels det av utredningen föreslagna nya regelverket.

9.1 Närvård i västra Skaraborg

Närvård västra Skaraborg består i dag av sex kommuner med ett upptagningsområde om cirka 96 000 invånare. Sjukvårdsutbudet omfattar elva vårdcentraler (varav fyra privata) och Skaraborgs sjukhus Lidköping som ingår i Skaraborgs sjukhus (SkaS) som i sin tur är en av fyra sjukhusgrupper i Västra Götalandsregionen. Inom Närvården i västra Skaraborg har de landstingsfinansierade insat-

serna och de kommunalt finansierade insatserna integrerats och ges utifrån en annan ”förmedlingslogik” än de traditionella förmedlingsformerna.

Ett närsjukvårdsteam som består av en läkare (geriatriker) och två specialistsjuksköterskor riktar sig till patienter med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg och där vården kräver en samverkan mellan kommunal hemsjukvård, primärvård och slutenvård. Vården ges i form av hembesök. Teamets läkare är patienternas fasta vårdkontakt och ”rondar” sina inlagda patienter vid medicinkliniken. Det geriatriska arbetssättet som teamet tillämpar avlastar medicinkliniken och kan vara ett sätt att lösa bristen på medicin vårdplatser i västra delen av SkaS.

Hemsjukvården har en mobil hemsjukvårdsläkare med uppgift att förbättra medicinsk planering, läkemedelsbehandling, ge ökad trygghet för individen samt att ge bättre och rättvisare bedömningar i individens hemmiljö i samarbete med den kommunala hemsjukvården. För hemsjukvårdssjuksköterskorna är mobila hemsjukvårdsläkaren alltid nåbar, vilket innebär mycket effektivare arbete jämfört med att lägga ner många timmar på att hitta rätt läkare vid vårdcentralerna. Det råder ett öppet klimat med nära kommunikation och flexibelt stöd i samarbetet. Denna förtroendefulla kultur och samarbetsanda sprider trygghet bland både sjuksköterskor i hemsjukvården, rehabpersonal, hemtjänsten och biståndsbedömare m fl.

Det mobila palliativa teamet medverkar till avancerad vård i hemmet i samarbete med kommunens sjuksköterskor och hemvård. Det palliativa teamet är en länk mellan de olika vårdgivarna och hemmet/ boendet i ett nära samarbete med den palliativa slutenvården vid ett hospice.

Ovan nämnda vårdmodeller arbetar utifrån mobila och uppsökande grunder som därmed förstärker hemsjukvårdens arbetssätt genom att förmedla tjänsterna direkt till målgruppen i deras boende. Hemsjukvårdens stöd till målgruppen är hela tiden basen och förstärks effektivt av närsjukvårdsteamet samt att läkarinsatser i hemmet kan säkras genom den mobila hemsjukvårdsläkaren. För de patienter som är i en palliativ fas blir det mobila palliativa teamet ett viktigt stöd.

Samverkan mellan olika aktörer i västra Skaraborg har utvecklats successivt men sannolikt har den gemensamma ledningsgruppens

operativa arbetssätt haft betydelse för utvecklingen. Vårdprocesserna är gemensamt finansierade av de involverade kommunerna, Skaraborgs sjukhus och primärvården, vilket har förstärkt delägandet av de gemensamma resurserna. Vidare har detta bidragit till ökat ansvarstagande från var och en samt till ett ömsesidigt värnande av den gemensamma verksamheten. Lednings- och styrningsansvaret korsar traditionella verksamhets- och huvudmannagränser vilket har möjliggjort en utveckling av sömlösa vård- och omsorgsprocesser. Västra Skaraborg har därmed lyckats undvika sådana effekter av bristande samägande som annars är alltför vanliga i sammanhang där många parter äger varsin del men där de olika parterna måste samspela med varandra för att uppnå en större helhet; misstanke om kostnadsövertäring och dolda agendor och att ”någon annan styr för att nå sina syften”.

Närvård västra Skaraborg beviljades projektmedel från Sveriges Kommuner och Landsting och Socialdepartementets satsning inom programmet ”Bättre liv för sjuka äldre” för att utvärdera och kostnadskalkylera de tre olika vårdmodeller som etablerats.¹ Utvärderingen visar att de aktuella vårdmodellerna ger högre kvalitet till bättre resursanvändning genom att sjukvårdens olika separata mottagningar inte har behövts och att behoven har kunnat bemötas på ett patient- och produktionsrationellt sätt. Patienter som skrivits in närsjukvårdsteamet minskade akutbesök och slutenvård till i princip noll. Detta reducerar kostnader per individ i medeltal med cirka 186 000 kr (baserat på 24 inskrivna patienter).

Närsjukvårdsteamet uppvisar en halvering av självkostnad jämfört med ASIH-verksamheten i Stockholms läns landsting. Det Mobila palliativa teamet uppvisar en betydligt lägre självkostnad än ASIH-verksamheten i Stockholm. Den mobila hemsjukvårdsläkarens självkostnad motsvarar ett akutbesök per individ. Efter inskrivning uppvisar patienterna en betydligt lägre konsumtion av slutenvård.

Vårdmodellerna inom Närvården i västra Skaraborg utgör enligt utredningens uppfattning ett mycket gott exempel på effektivt

¹ Närvården i västra Skaraborg – Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare. Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting, HCM Health Care Management 2013.

resursutnyttjande och som samtidigt höjt kvaliteten för de berörda patienterna/brukarna.

9.2 Trygg hemgång-modellen

Trygg Hemgång är en arbetsmetod som tillämpas inom Ronneby kommun. Metoden har sitt ursprung i ett samarbetsprojekt, KoLa-projektet från 2010, som byggde på samverkan mellan Äldreförvaltningen i Ronneby kommun och landstingets hemsjukvård i Ronneby. Syftet med projektet var att öka samverkan mellan omvårdnadspersonal, enhetschef, biståndshandläggare och hälso- och sjukvårdspersonal. Ett annat syfte med projektet var att främja ett mer rehabiliterande förhållningssätt. Inom alla hemtjänstgrupper i Ronneby kommun etablerades s.k. teamträffar, som inkluderade distriktssköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast från hemsjukvården tillsammans med kommunens biståndshandläggare, hemtjänstens enhetschef och omvårdnadspersonalen. KoLa-projektets möjligheter till möten kring verksamhetsutveckling ledde till nya idéer om att etablera ett fastare mönster av samverkan mellan olika aktörer. Detta utmynnade i Trygg Hemgång som startade som ett projekt 1 januari 2012 och övergick till permanentad verksamhet i juni samma år efter att positiva resultat kunde dokumenteras.

Målgruppen för Trygg Hemgång beskrivs till viss del som "debutanter", oavsett ålder, när det gäller en hög nivå av vård och omsorgsbehov. Målgruppen bedömdes till cirka 100 personer årligen. Inledningsvis var kriterierna för att erbjudas Trygg Hemgång: okomplicerade frakturer, från oberoende till mycket beroende samt omfattande behov av sjukvård och omsorg.

Dessa kriterier ändrades senare till enbart ett kriterium: "Att det kan konstateras en stor oro hos vårdtagaren inför hemgång efter sjukhusvården". Bedömningen utförs av en biståndsbedömare för varje enskilt fall. Biståndsbeslutet innebär att patienten/brukaren med "automatik" får omvårdnadsinsatser på nivå 3 i kommunens tariff vilket innebär minst 26 timmar per månad. Den enskilde får information om vad "trygg-hemgång" innebär i en informationsfolder.

När den enskilde skrivs ut från sjukhus möts denne i hemmet av ett tvärprofessionellt team. Detta team består av en till två under-

sköterskor från kommunens ”kärnteam” för Trygg Hemgång samt berörd personal från hemsjukvården. Trygg hemgång-modellen innebär att transporter och ytterligare en ”anhalt” i vårdkedjan, dvs. korttidsboende, kan undvikas. Basen i arbetsmodellen Trygg hemgång är den enskilde patientens upplevelse av att känna trygghet med att lämna slutenvården. En viktig del i att skapa denna trygga atmosfär är att personal från kärnteamet stannar hos brukaren upp till två timmar (om patienten önskar detta). Att hemmet (det ordinarie boendet) är ”säkrat” för omhändertagandet är viktigt. Det innebär att personal ser till att det finns mat och de läkemedel som behövs och att den enskilde kan förflytta sig och nyttja hemmet efter behov bl.a. genom tillgång till hjälpmedel. Undersköterskan i Trygg Hemgång-teamet har från mottagandet av patienten och under tjänstens genomförande en nyckelroll som koordinator mellan vård-/omsorgstagaren och de som involveras genom insatser till denne.

Trygg Hemgång erbjuder vardagar dagtid. Detta innebär att kvällar och helger övergår det stöd som ”kärnteamet” ger till hemtjänstgruppen. Detta kräver en god rapportering mellan kärnteamet och den berörda hemtjänstgruppen. För att konceptet ska fungera väl utifrån dessa förutsättningar är det säkrast för patienten/brukaren att denne lämnar sjukhuset efter utskrivning på förmiddagar måndag till torsdag. Detta är en begränsning som har behövt hanteras i arbetet. Trygg Hemgång är en resursstark tjänst under en kort period som ska leda till att de välanpassade nivåerna av insatser ska säkras. Tjänsten avslutas så snart som möjligt genom att ”bereda vägen” och skapa stabila förhållanden för den ordinära hemsjukvården, omsorgen och hemtjänsten. Kommunen har som riktmärke för tjänstens längd tio vardagar. I en utvärdering från 2012 konstaterades att medelantalet dagar för tjänsten uppgick till 7,4 dagar. Spannet sträckte sig från 1 dag till 15 dagar inom tjänsten.

När patienten varit hemma med Trygg hemgång i 6–7 dagar kommer biståndshandläggaren till hemmet för att göra en ny vårdplanering. I detta skede kan de verkliga behoven för ett stabilt och säkert omhändertagande planeras bättre än om planeringen sker direkt efter utskrivningen från sluten vård. En genomförandeplan för omsorgsinsatserna upprättas också under perioden med Trygg Hemgång och lämnas över till den ordinarie hemtjänst-

gruppen. Detta ska resultera i en successivt och säkrare övergång från det kritiska första skedet i hemmet efter sjukhusvården till de mer långsiktiga och stabila formerna för omhändertagande som blir tydligare efter några dagar.

Höjning av trygghet och kvalitet

Trygg Hemgång i Ronneby ansökte och beviljades projektmedel inom ramen för Sveriges Kommuner och Landsting och Socialdepartementets satsning inom programmet ”Bättre liv för sjuka äldre”. Den utvärdering som gjordes visade att modellen ger mycket goda resultat såväl avseende kvalitet och kostnader.²

Personal ur Trygg-hemgång teamet får en koordinatorsroll för den enskildes vård- och omsorgsinsatser. Utvärderingen av konceptet visade en märkbart förhöjd trygghet för patienter/brukare och anhöriga. När de typfall med Trygg Hemgång som studerades jämförs med liknande patientgrupper, som har kartlagts i sammanhang där denna typ av samverkanskoncept inte finns, ses en vård- och omsorgskonsumtion som är stabil och väl förankrad i hemsjukvården. De återkommande inläggningarna och akutmottagningsbesöken är betydligt lägre än andra jämförbara patient-situationer.

Även bland personalen upplevs arbetsmodellen ge ökad trygghet. Personalen får sakta slussas in i situationen runt den enskilde och Trygg Hemgångsteamet bidrar till att ge en bra bild över vårdtagarens behov och även att vård/omsorgstagaren själv mobiliseras och blir mer handlingskraftig.

Effektivt resursutnyttjande

Ovan nämnda utvärdering av Trygg-hemgång visar att de ekonomiska effekterna är mycket positiva och indikerar ett effektivt resursutnyttjande. Kostnader för korttidsboende försvinner i stort sett helt med Trygg Hemgång och är enligt utvärderingen ett av två framträdande resultat av resursvinster. Kostnaden för korttids-

² Trygg Hemgång i Ronneby – Utvärdering och ekonomisk analys av ett tjänstekoncept. Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting, HCM Health Care Management 2014.

vistelse uppgår till 2 194 kronor per dygn i Ronneby kommun. I genomsnitt behöver 2 av 10 patienter i Ronneby ett korttidsboende under 30 dagar. Med en genomsnittlig uppskattning av hemtjänstnivåer för typfallen med Trygg Hemgång, inklusive genomsnittlig kostnad per individ för tjänsten Trygg Hemgång uppstår en resursvinst med 55 000 kronor per individ. Om 100 individer involveras på detta sätt genom Trygg Hemgång uppnås enligt utvärderingen en resursvinst av 1 100 000 kr. Kommunen kan på detta sätt frigöra korttidsplatser till andra brukare som verkligen behöver sådan plats.

Modellen har de senaste åren börjat sprida sig till andra kommuner och andra lokala varianter uppstår. Det kan exempelvis röra sig om teamens sammansättning och andra organisatoriska lösningar. Många kommuner som tillämpar denna modell beviljar omfattande hemtjänstinsatser initialt för att sedan trappa ned dessa i takt med att den enskilde rehabiliteras och därmed återfått förmågor som gör att denne kan klara sig utan eller med mindre omfattande hemtjänstinsatser.

9.3 Vad kännetecknar de kommuner som i dag har korta snittväntetider?

Utredningen har genom ett uppdrag till Ramböll genomfört en studie för att identifiera vad som utmärker kommuner som framgångsrikt lyckats minska sina ledtider för övertagandet av patienter från slutenvården till kommunens hälso- och sjukvård och omsorg.³ Studien avsåg både målgruppen äldre och personer med psykiska funktionsnedsättningar men urvalet baserade sig på de kommuner som hade kortaste ledtiderna enligt kvalitetsportal.se.

De främsta utmaningarna Ramböll identifierat är:

- Alla kommuner ser inte långa ledtider som ett problem som är värt att prioritera och det är inte självklart att man tjänar på att ta hem patienterna ens efter att man får börja betala för platser inom landstinget.

³ Vårdsamverkan, Ramböll Management consulting, 2015

- Det kan vara utmanande att ha ett kontinuerligt samarbete mellan två organisationer
- Kommunens mottagningskapacitet kan ibland vara begränsad vilket gör att mottagandet av patienter från slutenvården drar ut på tiden

De huvudsakliga strategierna som kommuner som minskat led-tiderna har använt är:

- Första steget tycks vara att skapa en medvetenhet kring problemet med långa ledtider och att det är en fråga som är värd att prioritera.
- Samverkan mellan kommun och landsting är viktig och börjar i kommunikation och upprättandet av en gemensam målbild kring de utmaningar som finns.
- När man identifierat utmaningarna har kommunerna som ingått i denna studie arbetat vidare med anpassade praktiska lösningar såsom anpassade system för överföring av information, införandet av samverkansansvariga funktioner och tillförandet av resurser för att minska riskerna med kapacitetsbrist i verksamheterna.

Av Rambölls rapport framkommer att brister i samverkan egentligen inte är något som påverkar vårdplaneringen direkt utan snarare indirekt genom att samverkansparterna genom bristande samverkan *generellt* också har begränsade förutsättningar att åtgärda de utmaningar man finner i samarbetet kring vårdplanering av utskrivningsklara patienter. Den mest grundläggande utmaningen för samverkan är att det är en *process* som sträcker sig över två organisationer. Det finns inte alltid en självklar löpande kontakt mellan dessa organisationer utöver själva vårdplaneringarna och därför kan utmaningar som identifieras ligga orörda trots att de för respektive organisation ibland kan vara uppenbara.

9.4 Kronoberg

Kronobergs län har enligt kvalitetsportal.se de kortaste ledtiderna i landet och där pågår även diskussioner om att helt slopa betalnings-

ansvaret. Utredningen uppfattar att väntetider för utskrivningsklara inte anses utgöra vara något större problem. Enligt kvalitetsportal.se hör flera av kommunerna i Kronobergs län till de kommuner i landet som har kortast väntetider.

Utredningen har tagit del av beskrivningar av arbetet i Kronoberg och konstaterar att ett arbetssätt som utmärker Kronoberg är att det inom landstinget finns två s.k. linksjuksköterskor som följer upp att de parter som är involverade i vårdplaneringen arbetar enligt överenskomna rutiner. Benämningen linksjuksköterskor kommer av att det gemensamma verksamhetssystemet för informationsöverföring kallas ”linken”. Systemet är utformat särskilt för kommunerna som ingår i landstinget och innehåller funktioner för att underlätta överföringen av information mellan kommun och landsting. Linksjuksköterskorna övervakar vad som händer i verksamhetssystemet. Deras roll är att följa upp att rutiner följs samt att hjälpa till att lösa eventuella utmaningar och problem som kan dyka upp i arbetets gång. De utgör således ett praktiskt stöd till personal både inom landstingets olika delar och för berörd personal inom kommunerna i länet. Linksjuksköterskorna är också nyckelpersoner i arbetet med att utforma det centrala avtal som beskriver rutinerna för vårdsamverkan runt utskrivningsklara. Gedigen kunskap om det praktiska arbetet runt utskrivningsklara blir således en utgångspunkt i utformandet av rutiner vilket torde innebära att rutinerna därmed blir utformade på ett sätt som har förutsättningar att fungera i det praktiska arbetet.

9.5 Skellefteå – snabb omställning är möjlig

Inom äldreomsorgen i Skellefteå kommun fattades ett principbeslut att ta över ansvaret för patienterna inom 48 timmar efter att de förklarats utskrivningsklara. De nya arbetsrutinerna sjuksattes den 15 oktober 2014. Principbeslutet motiverades med att kommunen menade att det var en viktig kvalitetshöjning att undvika onödig sjukhusvård och att ”ingen patient ska vara på sjukhus i onödan”. Man menar vidare att det ur rehabiliteringssynpunkt är bättre för patienten att komma tillbaka till sitt hem för återhämtning och att snabbt påbörja rehabiliteringen. När de äldre skrivs ut beviljas de ofta så kallad utredningshemtjänst. Omfattningen i antal

timmar kan vara omfattande initialt, tom dygnet runt för patienter som behöver tillsyn dygnet runt. Omfattningen av patientens mer långsiktiga behov av insatser klarnar vartefter.

Omställningen var möjlig att göra efter att kommunen tillsammans med landstinget gemensamt identifierat vari hindren låg för snabbare ledtider. Mycket av hindren utgjordes av att de rutiner för informationsöverföring som fanns inte efterlevdes samt att man hade olika uppfattningar om begreppet utskrivningsklar och vilka åtgärder som skulle vara vidtagna vid utskrivningstillfället.

Förändringen genomfördes snabbt. Enligt kvalitetsportal.se var den genomsnittliga vårdtiden efter att patienten bedömts som utskrivningsklar 5 dagar i Skellefteå kommun i september 2014. I november 2014 var den genomsnittliga tiden 2,11 dagar. Kommunen har ökat resurserna till utredningshemtjänsten men i gengäld har avgiften till landstinget för överträdelse av fristdagarna med anledning av BAL minskat. De mer långsiktiga effekterna av förändringen är ännu oklara.

9.6 Checklistor, skattningsinstrument och annat metodstöd finns

Utredningen har tagit del av flera exempel på skattningsinstrument som kan hjälpa personal i slutenvård att identifiera risker och behov hos inlagda patienter. Syftet är inte bara att bidra till arbetet inom slutenvården utan kan även ge viktig information inför planeringen av patientens fortsatta insatser efter slutenvårdstiden.

ViSam-modellen (samverkansmodell för vårdplanering och informationsöverföring) har tagits fram med syfte att förbättra kvalitet och ge förutsättningar för en sammanhållen vård och omsorg kring de mest sjuka äldre i Örebro län. Modellen innehåller tre olika delar varav en del är utskrivning från sjukhus. ViSam-modellen ”utskrivning från sjukhus” är i sin tur uppdelad utifrån olika situationer; om patienten kan skrivas ut utan förnyad planering, om patienten har nya eller förändrat behov eller om det föreligger omfattande behov. Via en webbportal⁴ finns stödmaterial, checklistor,

⁴ www.visamregionorebro.se/saker-utskrivning/

manualer och informationsfoldrar anpassade efter typsituation och delar av materialet är översatta till andra språk.

9.7 Trygg och säker utskrivning från sjukhuset, MAVA, vid Norrlands Universitets sjukhus

2010 startade Västerbottens läns landsting och Umeå kommun ett förbättringsarbete kring sjuka äldre. Initiativet togs efter att man genomfört en gemensam analys av förbättringsmöjligheter inom vårdsystemet i kommunen. Något senare under år 2010 ansökte och beviljades Västerbottens läns landsting och Umeå kommun stimulansmedel inom ramen för SKL:s satsning ”Bättre liv för sjuka äldre”. Projektet, Multi7, syftade till att etablera en arbetsprocess som möjliggör att på ett systematiskt och strukturerat sätt förbättra vården och omsorgen för sjuka äldre inom Umeå kommun och Västerbottens läns landsting. Arbetsmodellen bygger på två fokusområden; trygg och säker hemma, samt trygg och säker utskrivning från sjukhus. Arbetsprocessen ”trygg och säker utskrivning från sjukhuset” syftade till att skapa en trygg och säker utskrivning för patienten och att minska antalet onödiga sjukhusvistelser. Den strukturerade utskrivningsprocess som infördes fokuserar på personer med fortsatt vård- och omsorgsbehov efter utskrivning och som har risk för oplanerad återinskrivning. En sjuksköterska i slutenvården bedömer risk för återinskrivning enligt en matris i syfte att identifiera behov inför hemgång. Detta görs antingen då patienten skrivs in eller när beslut om utskrivning närmar sig.

En utskrivningssköterska övertar ansvaret för utskrivningsplaneringen för de patienter som bedöms ha stor eller moderat risk för återinskrivning inom 30 dagar. Patientansvarig sjuksköterska på avdelning fortsätter att ansvara för utskrivningsplanering för patienter med låg risk. Sjuksköterskan/utskrivningssköterskan planerar utskrivningen tillsammans med patient, eventuellt närstående och andra vårdgivare och en checklista används.

På utskrivningsdagen genomför sköterskan ett utskrivningssamtal tillsammans med patienten och eventuellt anhörig/närstående. Vidare säkerställs på utskrivningsdagen att patienten får med sig hem ett utskrivningsbrev och en aktuell läkemedelslista,

inklusive läkemedelsberättelse. Vidare ska det vara klarlagt hur övertagandet av vård- och omsorgsansvar och uppföljning ser ut samt att dokumentation i journal och i huvudmännens gemensamma dokumentationssystem är genomförd. På utskrivningsdagen säkerställs också att läkemedel är uthämtade och eventuellt delade i dosett enligt överenskommelse och att eventuella hjälpmedel eller annat material finns tillgängliga i patientens hem eller erhålls i samband med utskrivning. Vid utskrivning från slutenvården blir patienterna tillfrågade om de önskar en telefonuppföljning inom 72 timmar efter utskrivningen. Utskrivningssköterskan ansvarar för uppföljningen med hjälp av webbenkäten ”Webbkollen hemma”, se avsnitt 4.5. En ny funktion har inrättats på sjukhuset, en utskrivningssköterska, som ansvarar för vårdavdelningarnas utskrivningsprocesser.

I utvärderingen av projektet genomfördes en journalgranskning av 225 journaler framkommer det att endast en patient av dessa blivit oplanerat återinskriven inom 30 dagar.⁵ Arbetsprocessen var även positiv för arbetsmiljön genom exempelvis minskade stressproblem, tydligare ansvarsfördelning, ökad patienttid för vårdplanering och ökad arbetstillfredsställelse.

9.8 Erfarenheter från Norge

2002 genomfördes en sjukhusreform i Norge där staten (genom Stortinget och regeringen) ansvarar för den specialiserade sjukhusvården. Den äger fyra regionala hälsoföretag som ansvarar för att tillhandahålla vård till sina invånare. De regionala hälsoföretagen äger de lokala hälsoföretagen som kan bestå av ett eller flera sjukhus. På uppdrag av de regionala hälsoföretagen utför både de egna lokala hälsoföretagen och privat ägda sjukhus specialiserad vård. Kommunerna ansvarar för primärvården, äldreomsorgen och övrig socialtjänst. Primärvården bedrivs i allmänhet av privatpraktiserande läkare.

2012 genomfördes en samverkansreform som ändrade finansieringsansvaret mellan norska kommuner och hälso- och sjukvårds-

⁵ Uppföljning och utvärdering av projekt Multi7. Slutrapport HCM Health Care Management, 2013

organisationerna. I reformen ingick även betalningsansvar för utskrivningsklara patienter inom somatisk vård. Betalningsskyldighet för utskrivningsklara patienter är reglerad i kap. 11 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).⁶ De mer konkreta reglerna för betalningsskyldigheten är reglerad i en egen föreskrift, Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.⁷ Föreskriften innehåller också utöver själva betalningsreglerna några krav som rör det praktiska samarbetet mellan sjukhusen och kommunerna. Reglerna i föreskriften ska ses i relation till innehållet i de obligatoriska samarbetsavtal som hälso- och sjukvården måste teckna med kommunerna.

När patienten vårdas på sjukhus, men behöver kommunal service efter utskrivning, skickar slutenvården ett meddelande till kommunerna och där det anges en bedömd utskrivningsdag. Kommunens betalningsansvar inträder dagen efter att patienten blivit bedömd som utskrivningsklar. Tidigare ordning var att betalningsansvaret kunde inträda tio dagar efter att patienten bedömts som utskrivningsklar. Om kommunen inte kan ta emot patienten blir kommunen betalningsansvarig för den vårdtid som patienten är kvar på sjukhuset. Avgiften som kommunerna måste betala är 4000 NOK per dygn.

Genom systemet har kommunerna fått ett starkare incitament att snabbare ta emot de patienter som inte längre behöver slutenvårdens resurser. Effekten på den genomsnittliga tiden patienten stannar kvar på sjukhus efter att ha blivit bedömd som utskrivningsklar har varit dramatisk. Från 5,1 dagar 2010 till 1 dag 2013.⁸ Det finns stora regionala skillnader i den genomsnittliga vårdtiden efter att patienten bedömts som utskrivningsklar samt skillnader mellan olika kommuntyper.

En parallell utveckling är att antalet patienter som bedöms som utskrivningsklara och där kommunen underrättas har ökat kraftigt. År 2010 registrerades 23 969 patienter i det norska patientregistret medan 2013 registrerades (efter en uppskattning) 55 287 patienter som utskrivningsklara. Förklaringen till ökningen tros vara att den

⁶ LOV-2011-06-24-30.

⁷ FOR-2011-11-18-1115.

⁸ Helsedirektoratet, Samhandlingsstatistikk 2012-2013, s 146.

tidigare ordningen med tio karensdagar medfört att slutenvården inte brytt sig om att registrera dessa patienter.⁹

Reformen påverkade även de genomsnittliga vårdtiderna totalt sett. Genomsnittlig vårdtid på sjukhus för patienter som omfattas av lagen var 14,1 dagar 2010 och sjönk till 8,0 dagar 2013.

I Norge finns möjligheten att följa statistik om utskrivningsklara patienter och förekomst av återinläggningar. Andelen återinläggningar för patienter som inte omfattades av kommunens betalningsansvar (d.v.s. bedömts som utskrivningsklara) gick ned något från 2010 till 2013, nedgången var störst från 2010 till 2011. Andelen återinläggningar för de som tagits emot av kommunen efter 0–1 dagar som utskrivningsklara, ökade något från 2012 till 2013. Jämfört med 2010 har återinläggningarna ökat med 4,3 procentenheter. Andelen återinläggningar i de fall där patienten hade varit utskrivningsklar i 2 eller fler dagar ökade också under 2013. Ökningen kan förklaras av utvecklingen i två av regionerna. Det finns stora skillnader mellan regioner och kommungrupper avseende frekvens av återinläggningar.

9.9 Erfarenheter från Danmark

Den danska kommunreformen 2007 innebar att en förändring av både den offentliga sektorns struktur, ansvarsfördelning och finansiering. 14 amter lades ned och fem nya regioner upprättades, 271 kommuner reducerades till 98. Regionernas uppdrag renodlades till ett produktionsansvar för somatisk och psykiatrisk sjukhusvård. Den kommunala nivån ansvarar för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete samt rehabilitering utanför sjukhus. Andra kommunala hälso- och sjukvårdstjänster innefattar vårdhem och hemsjukvård, kommunal tandvård och socialpsykiatri. Regionerna övertog amtens tidigare ansvar för att tillsammans med företrädare för kommuner och staten förhandla om uppdrag och ersättningsnivåer för primärvården.¹⁰

Mellan kommunerna och regionerna medförde Kommunalreformen att det uppstod nya gränssnitt som ställde andra krav på

⁹ HelseDirektoraret, Samhandlingsstatistikk 2012–2013, s 145.

¹⁰ Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem, Vårdanalys 2014.

samarbete. För att säkerställa sammanhängande hälso- och sjukvård mellan olika huvudmän infördes krav på tecknande av hälsoavtal. I danska Sundhedsloven (§ 205) och i kompletterande författningar och vägledningar till denna paragraf ställs krav på att regionerna ska ingå hälsoavtal med kommuner avseende vissa centrala delar. Hur inskrivnings- och utskrivningsprocesser i slutenvård ska se ut är ett sådant område där region och kommuner måste komma överens. Avtalen tecknas för varje mandatperiod och ingås mellan regionråden och kommunstyrelserna i de kommuner som ligger i regionen.

Regelverket avseende utskrivningsklara patienter skiljer sig avsevärt från systemen i Norge och Sverige. Mycket lite är reglerat i nationell lagstiftning jämfört med Sverige och Norge, processerna vid utskrivning från sjukhus regleras således i huvudsak i hälsoavtalen.

Den danska författningen lägger stor vikt vid patientens rättigheter till rehabilitering. Regionsrådet är skyldigt att erbjuda alla patienter som skrivs ut från sjukhus en ”genopträningsplan” om patienten av läkare har ett bedömt ha ett sådant behov. En sådan plan ska ange på vilken nivå rehabiliteringen ska ges vilket har betydelse för finansierings- och verkställighetsansvaret för rehabiliteringen. Om kommunen har en annan uppfattning av behovet av rehabilitering efter utskrivning från sjukhus ska sjukhuset kontaktas och dialog föras. Rehabiliteringsplanen ska ges till patienten senast vid utskrivningstidpunkten och den ska samtidigt sändas till patientens bosättningskommun och till patientens läkare. Kommunen ansvarar för att rehabiliteringsinsatserna koordineras med andra insatser. De rehabiliteringsinsatser som patienten behöver ska påbörjas utan väntetider eller pauser.¹¹

De mer administrativa delarna i utskrivningsförloppet regleras i de generella hälsoavtalen mellan region och kommuner. Det kan exempelvis gälla hur och när olika aktörer får underrättelser, hur, när och med vem planeringskonferenser ska ske och vilka åtgärder som ska vara vidtagna för patienten innan utskrivning. De generella hälsoavtalen kan kompletteras av avtal som rör specifika mål-

¹¹ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, VEJ nr 9759 af 08/10/2014.

grupper även vad gäller utskrivningsprocessen. En utgångspunkt är att patienterna ska lämna sjukhuset samma dag som de registreras som utskrivningsklara. För att patienterna ska kunna lämna sjukhuset vid denna tidpunkt finns regler avtalade över hur lång planeringstid kommunerna har för att kunna ta emot patienterna. De varslingsfrister som anges i de regionala avtalen är således en angivelse av den förberedelsestid som kommunen har för att planera de insatser som ska ges efter utskrivning.

I exempelvis Sundhedsaftalerne för Region Midtjylland finns två huvudprocesser för utskrivningsklara patienter.¹² Huvudprocesserna anger vilka steg som ska tas i planeringen och av vem. Processen för typ 1 patienter (patient med oförändrad funktionsförmåga, d.v.s. samma funktionsförmåga som vid inskrivning) delas upp i två kategorier, patienter som är tidigare okända för kommunen resp. de som är ”kända” och har pågående insats. För dessa patienter ska slutenvården varsla kommunen samma vardag eller en vardag innan de skrivs ut. Typ 2 patienter är de patienter som får en förändring av sin funktionsförmåga som en följd av den sjukdom som patienten skrevs in för. Denna grupp delas in i tre underkategorier; patienter som behöver omfattande bostadsanpassning, patienter som behöver mindre bostadsanpassning eller stora hjälpmedel resp. de patienter som inte behöver det. För patienter som har behov av större bostadsanpassning ska sjukhuset varsla kommunen 14 dagar före utskrivning, för patienter med behov av viss bostadsanpassning och hjälpmedel ska kommunen varslas fem vardagar innan utskrivning. För de med mindre behov ska kommunen varslas tre vardagar innan utskrivning.

Ett annat exempel är Region Hovedstaden vars avtal är tydligt avseende ambitionen att utskrivningsförloppet ska vara smidigt och tryggt och att onödigt väntetid ska undvikas. Sjukhusen har en informationsskyldighet till mottagande kommun och läkare som innebär att de mottagande enheterna så tidigt som möjligt i förloppet ska känna till bedömd funktionsnivå efter utskrivning, beräknad utskrivningsdag och en bedömning av behov av insatser efter utskrivningen. Det finns också riktlinjer för hembesök i samband med utskrivning.

¹² Sundhedsaftalerne Region Midtjylland, det somatiske område, Lommehåndbog for personale på hospitaler, i kommuner og praksissektoren, 2009.

Det finns flera andra exempel på hur danska kommuner och regioner skapat olika utskrivningsprocesser för olika patientgrupper. Region Hovedstadens hälsoavtal med kommunerna utgår från att kommunen ska kunna ta över ansvaret för patienten när patienten är utskrivningsklar.¹³ Patienter i kategori A har en vårdtid på mindre än 24 timmar i slutenvård och har förändrad funktionsnivå. Utskrivning för dessa patienter kan ske samma dag om kommunen har mottagit meddelande om utskrivningsklar senast kl. 13 på utskrivningsdagen. Sjukhus och enskild kommun får avtala om att detta meddelande kan komma senare än kl. 13. Patienter i kategori B bedöms ha oförändrad eller endast lättare eller okomplicerad förändring av behov efter utskrivning. Utskrivning för dessa patienter kan ske samma dag om kommunen har mottagit meddelande om utskrivningsklar senast kl. 13 på utskrivningsdagen. Patienter i kategori C är patienter som inte är kända sedan tidigare av kommunen och som har behov av daglig hjälp eller patienter som fått ett väsentligt förändrat och ökat behov av insatser. I dessa fall ska sjukhuset varsla kommunen om förväntad funktionsnivå och tidpunkt för när patienten är färdigbehandlad två vardagar innan patienten ska skrivas ut. Sjukhuset ska ta initiativ till utskrivningskonferens innan patienten bedöms som färdigbehandlad. Utskrivning av dessa patienter kan som huvudregel inte ske på lördagar, söndagar eller helgdagar. Patienter i kategori D har en markant förändrad funktionsförmåga som medför ett väsentligt hjälpbehov. För dessa patienter ska sjukhuset varsla kommunen fem vardagar innan patienten bedöms som utskrivningsklar. Sjukhuset ska ta initiativ till utskrivningskonferens innan de meddelar kommunen att patienten är färdigbehandlad. Patienter som inte kan skrivas ut till sin nuvarande bostad tillhör kategori D.

¹³ Sundhetsavtale for region Hovedstaden 2007–2010.

10 Ekonomiska och andra konsekvenser av utredningens förslag

Utredaren ska enligt direktivet redovisa konsekvensbeskrivningar av förslagen för kommuner, landsting, enskilda utförare, staten samt samhällsekonomin. Om förslag lämnas till regeringen som påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, landstingen, kommunerna eller enskilda ska utredaren kartlägga och redovisa ekonomiska och andra konsekvenser av förslagen. Om förslagen förväntas få ekonomiska effekter på den offentliga ekonomin ska samordnaren också föreslå hur dessa ska finansieras. Om något av förslagen påverkar det kommunala självstyret ska dess konsekvenser och de särskilda avvägningar som har föranlett förslaget redovisas. Utredaren ska redovisa konsekvenserna för jämställdheten mellan kvinnor och män av sina förslag.

10.1 Ekonomiska konsekvenser

Nuvarande betalningsansvarslag tillskapades i syfte att utgöra ett ekonomiskt incitament för en beteendeförändring i viss riktning. Funktionen som betalningsreglemente är sekundärt i såväl konstruktion som funktion vilket inte minst framgår av att de belopp som anges av förordningen är tämligen ”grova” och återspeglar inte den faktiska kostnaden vilket hade bort eftersträvas om lagstiftningens funktion primärt utgjort ett betalningssystem.

På motsvarande sätt är utredningens förslag till ny lagstiftning primärt syftat till att utgöra ekonomiska incitament för god vård och ett mer effektivt resursutnyttjande över huvudmannagränser. Tanken är att åstadkomma god vård och effektivare flöden genom

förändringar i arbetssätt – inte genom att mer resurser tillfogas systemet. Utredningen har i avsnitt 4.9 beskrivit resultaten i kvalitetsportal.se och att några kommuner har mycket snabba genomsnittstider. Det finns således kommuner som redan i dag bedöms klara färre frist dagar då de arbetar effektivt och har optimal organisation för att snabbt ”ta hem” utskrivningsklara patienter. Om man vidare studerar resursåtgång för dessa verksamheter finns ingenting som tyder på att dessa verksamheter skulle ha högre kostnader. Utredningen anser att ett dessa framgångsrika verksamheter på ett generellt sätt har effektivt resursutnyttjande som utgångspunkt i sitt arbete och med en sådan utgångspunkt uppnås dynamiska effekter inte bara på snabba ledtider mellan slutenvård och vård och omsorg i öppna former.

Konsekvenser för staten

Statens uppgift inom ramen för den föreslagna lagen är att årligen fastställa ett belopp. Detta görs redan av staten i dag varvid ingen utökning av statens kostnader torde uppstå avseende detta.

Utredningen föreslår att staten ska utveckla och säkerställa att huvudmännen har tillgång data så att huvudmän och verksamheter lätt kan se sambanden mellan de utskrivningsklara patienterna och vilka av dessa som drabbas av oplanerade återinläggningar inom lämpligt tidsspann. Ett sådant åtagande bör vara långsiktigt. Utredningen bedömer att ett sådant åtagande ryms inom ramen för det uppdrag Socialstyrelsen redan har.

Förslagen innebär inga övriga kostnadsökningar för staten.

Finansieringsprincipen

Finansieringsprincipen är beslutad av riksdagen och innebär att kommuner och landsting ska kompenseras när staten vidtar åtgärder som får ekonomiska konsekvenser för den kommunala sektorn. Finansieringsprincipen tillämpas vid följande situationer:

- Nya uppgifter, som inte tidigare har tillhandahållits av kommunsektorn, görs obligatoriska

- Frivilliga uppgifter blir obligatoriska för kommunerna och landstingen.
- Det kommunala ansvaret för vissa uppgifter tas bort eller regelverket som styr kommunernas och landstingens verksamhet avregleras.
- Ändrade ambitionsnivåer för befintliga kommunala uppgifter, vilket kan innebära både ökade och minskade ambitionsnivåer. En minskad ambitionsnivå innebär en minskning av statens bidrag till kommunsektorn och vice versa.
- Regeländringar som påverkar kommunernas möjligheter att ta ut avgifter eller påverkar kommunernas möjligheter till andra inkomster.

Utredningen anser inte att finansieringsprincipen är tillämplig

Utredningen anser att finansieringsprincipen inte är tillämplig i detta fall då finansieringsprincipen rör förhållandet mellan staten och kommunsektorn och detta förslag rör ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting.

Förslagen innehåller ingen ansvarsförflyttning

Utredningen anser att finansieringsprincipen inte är tillämplig men det är likväl en skyldighet för utredningen att redovisa ekonomiska och andra konsekvenser av utredningens förslag, för att se om förändringen påverkar kostnadsfördelningen mellan kommuner och landsting.

Ansvaret för utskrivningsklara patienter övergick från landstinget till kommunerna i samband med Ädelreformen (för såväl äldre som personer under 65 år med funktionsnedsättningar) respektive psykiatrireformen och huvudmännen skatteväxlade för att kompensera kommunerna denna ansvarsförflyttning, se avsnitt 3.1. Utredningen anser därmed att utredningens förslag inte innehåller någon ansvarsförflyttning.

Förslagen innehåller inga nya skyldigheter för huvudmännen

Utredningen bedömer att varken kommuner eller landsting åläggs nya uppgifter genom utredningens förslag.

Den planeringsprocess som föreslås för utskrivningsklara patienter, se avsnitt 7.4, är annorlunda men inte mer betungande än i befintlig lagstiftning.

Den utökade informationsmängden i inskrivningsmeddelandet se avsnitt 7.4.2, är uppgifter som slutenvården ändå ska utreda och dokumentera.

Utredningen föreslår att kallelseansvaret ska tas bort från slutenvården och flyttas till annan funktion men inom samma huvudman, se avsnitt 7.4.10. Landstingen kan således behöva omfördela resurser från slutenvård till primärvård eller annan öppenvård för att säkerställa att dessa har erforderliga resurser för att klara detta uppdrag.

Utredningens förslag innebär att fast vårdkontakt får en nyckelroll vad gäller utskrivningsklara patienter, se avsnitt 7.4.10. Landstingen har redan i nuläget enligt patientlagen en skyldighet att erbjuda fast vårdkontakt, varför det inte är någon tillkommande uppgift för landstingen.

I lagen införs en skyldighet för slutenvården att underrätta berörda enheter när en patient är utskrivningsklar, se avsnitt 7.4.6. Detta görs redan i dag och ligger således implicit i det befintliga systemet.

Skyldigheten att överenskomma riktlinjer för samarbete och informationsöverföring finns i dag på grund av Socialstyrelsens föreskrifter men är ingen ny skyldighet, se avsnitt 7.5.1. Skyldigheten att överenskomma fristdagar, belopp och former för tvistlösning är ny men får anses ligga i det ansvar som huvudmännen redan har avseende god hushållning med tillgängliga resurser.

Samma ambitionsnivåer som tidigare enligt lagen men den allmänna utvecklingen ställer andra krav på kvaliteten för de berörda patienterna.

Utredningen menar att utredningens förslag inte innebär någon förändring av ambitionsnivåer i juridisk mening. Den kvalitetsnivå som ska åstadkommas för patienten är god vård och socialtjänst av god kvalitet. I begreppet god vård ligger också att resurser ska

användas på ett effektivt sätt, dvs. att resursutnyttjandet ska vara adekvat i relation till det mål som ska uppnås.

Utredningen bedömer att ändringen av planeringstiden (fristdagarna) inte förändrar de ambitionsnivåer och det ansvar som landsting och kommuner redan har och som framgår av HSL, SoL och förvaltningslagen, se avsnitt 7.7. Planeringsdagarnas antal sattes i samband med Ädel-reformen med utgångspunkt i då rådande förhållanden samt vid revideringen av lagen 2003. Vårdtider, antal vårdplatser och möjligheten att kommunicera via IT-baserade system var annorlunda än förhållanden som råder nu.

Utredningen anser vidare att den väntetid på fortsatta insatser som nuvarande planeringstid medför inte är i enlighet med den allmänna standardhöjning som såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst genomgått. Befolkningens förväntningar på vad den offentligt finansierade välfärden ska erbjuda och kvaliteten på det som erbjuds höjs kontinuerligt. Det är i sig en positiv drivkraft för standardhöjningar och effektiviseringar. Men denna drivkraft till standardhöjningar genom krav från de berörda användarna har inte riktigt nått området för denna lagstiftning.

Kömiljardsöverenskommelsen tecknades mellan Sveriges Kommuner och Landsting och regeringen för första gången i slutet av 2008 och var från början en treårig satsning i syfte att korta väntetiderna. Vårdgarantin och kömiljarden har inneburit att väntetiderna inom både primärvård och specialistvård har minskat på nationell nivå.¹ De väntetider som gäller avseende utskrivningsklara patienter har dock tenderat att inte vara lika högt prioriterade som att korta väntetider för andra målgrupper och situationer. Utredningen bedömer att detta kan ha två huvudsakliga orsaker; målgruppen för den föreslagna lagen är en mycket utsatt grupp oftast med stora vård- och omsorgsbehov. Därav följer att gruppen inte är så resursstark som skulle behövas för att ställa rättmätiga krav på den vård och omsorg de får. Den andra förklaringen till att vi tolererar väntetider för denna grupp är att vi som samhälle helt enkelt vant oss vid att detta, det har blivit någon slag "naturlag" att så är fallet. Utredningens förslag styr mot mindre tolerans av långa väntetider, dock med möjligheten för huvudmännen att överenskomma annat utifrån lokala förutsättningar. De av utredningen

¹ Vårdgaranti och kömiljard – Uppföljning 2013, Socialstyrelsen.

föreslagna tidsgränserna ska ses som en följd av den allmänna standardhöjningen.

Leder dessa standardhöjningar till ökade kostnader för kommunerna?

Utredningen bedömer mot bakgrund av det samlade intryck utredningen har, och det som framkommer i avsnitt 4.9 och avsnitt 9, att det är fullt möjligt att korta planeringstiden på det sätt som utredningen föreslagit utan att kostnaderna för överträdelse av frist dagar kommer att öka för kommunerna. Inte heller kan utredningen se att en förkortning av fristdagarna generellt leder till högre kostnader för insatser till målgruppen. Målgruppen och behoven är desamma som tidigare. Kommunerna behöver stöd för att kunna genomföra sådana förändringar och utveckla mer effektiva arbetsätt, sådant stöd föreslås av utredningen i kaptitel 7.

Utredningen har inte hittat någon analysmetod för att beräkna ekonomiska konsekvenser. Inte heller vid lagens tillkomst eller de revideringar som gjorts har det varit möjligt att beräkna med tillfredsställande akkuratess de ekonomiska konsekvenserna. Betalningsansvarskommittén, SOU 1993:49 s 39 anförde att konsekvenserna av betalningsansvaret är svåra och delvis omöjliga att skilja från konsekvenserna av andra förhållanden. Utredningen delar denna uppfattning.

Utredningen vill i sammanhanget erinra om att det i samband med att betalningsansvarslagen reviderades 2003 inte heller gjordes någon kostnadsberäkning av förändringen, den förändringen hade som framgår av avsnitt 3.2 som underlag en utredningsrapport från Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet. Förändringen innebar förvisso ingen ändring av beloppen men däremot kom fler patienter in i lagens målgrupp då betalningsansvaret för patienter inom psykiatrin utvidgades. Regeringen anförde i prop. 2002/03:20 s 37 att genom ändringarna i betalningsansvarslagen och satsningarna på primärvården kommer huvudmännen på ett bättre sätt att kunna använda sina resurser vilket skapar förutsättningar för att öka kvaliteten i vården och omsorgen. Regeringen bedömde därför att ändringarna skulle ge positiva konsekvenser, såväl ekonomiskt som kvalitetsmässigt, för huvudmännen och samhället i stort.

Utredningen har tagit del av exempel från flera håll där man tidigare haft problem med långa väntetider, t.ex. Skellefteå kommun där man beslutat att patienterna ska få vänta högst 48 timmar på att få komma vidare i vårdkedjan. Utredningen anser att fristdagarna i dagens betalningsansvarslag i viss mån är anpassade till ”de som är sämst i klassen” och de skapar inget sådant förändringstryck som utredningen anser måste åstadkommas för att korta väntetiderna. Många kommuner arbetar effektivt redan i dag och har banat vägen för ett nytt sätt att tänka kring dessa patienter och visat att förändring är fullt möjlig, se avsnitt 9.2.

Utredningen anser mot denna bakgrund att det inte går att hävda att det uppstår några generella kostnadsökningar för den primärkommunala sektorn. Det handlar om en omställning av arbetssätt som sammantaget ger ett effektivare resursutnyttjande.

Utredningen menar med hänvisningar till de beräkningar som gjorts inom SKLs satsning ”mest sjuka äldre” och de exempel som framgår av avsnitt 9 att det inte finns belägg för att kostnaderna ökar om man inför effektivare arbetssätt. Kommunerna ska enligt vårt förslag erbjudas stöd för att effektivisera sitt arbete och förbättra samverkan mellan huvudmännen ska stärkas så att målen med den föreslagna lagen kan uppnås.

Kommuner som redan i dag har ett stort underskott på särskilt boende och/eller korttidsplatser betalar sannolikt redan i dag avgifter för att de överträder fristdagarna. Det saknas säkra uppgifter över vilka dessa kommuner är. En kommun kan ligga lågt i genomsnittligt antal platser per 1000 invånare men ändå inte ha underskott på platser då behov av platser i särskilt boende är avhängigt många andra faktorer. Utredningen har tillgång till uppgifter från 85 procent av alla kommuner avseende vilken avgift de betalade till landstingen 2013, dock kan utredningen inte härleda varför den berörda kommunen betalat avgift – det kan bero på andra orsaker än underskott på platser. Om underskottet på platser i särskilt boende och/eller korttidsboende är stort kan en omställning till nya arbetssätt som utredningen vill främja sannolikt inte lösa hela behovet för målgruppen i dessa kommuner. Dessa kommuner kan komma att få något svårare med att ställa om till kortare väntetider och hypotetiskt drabbas av ökade kostnader såväl på grund av fler dagar med betalningsansvar som att avgiften per dag höjs.

Det bör dock understrykas att utfallet primärt beror på vad huvudmännen överenskommer lokalt. En utgångspunkt för lagstiftaren måste också vara att alla kommuner har rätt dimensionering av de samlade insatserna eftersom sådana krav redan i dag följer av annan lagstiftning. Det finns inte underlag för att beräkna hur stora sådana potentiella kostnadsökningar blir. Ett uppenbart hinder för att beräkna sådana kostnader på förhand är det faktum att inga huvudmän har tecknat sådana överenskommelser ännu om frist dagar och belopp som utredningen föreslår. Ett annat uppenbart hinder mot att på förhand avgöra vilka kommuner som inte klarar att ta hem patienter inom fristtiden är att det i många fall kan handla om rena tillfälligheter som gör att kommunen inte kan ta över ansvaret för patienten i tid, exempelvis att det uppstått en influensaepidemi. En beräkning av kostnaden skulle därmed bli ytterst hypotetisk. Sådan eventuell kostnadsökning faller enligt vad som ovan sagts utanför finansieringsprincipens tillämpningsområde. Vidare ska erinras om att kostnaderna för utskrivningsklara patienter skatteväxlades redan i samband med 1990-talets reformer.

Utredningens förslag innebär ingen principiell förändring avseende det belopp som kommunen ska betala, avgiften ska motsvara en genomsnittskostnad i riket för en vårdplats i den slutna vården. Däremot innebär utredningens förslag att uppräkningsprincipen förändras från att följa skatteunderlagets utveckling i riket till att följa kostnaden för vårdplatser. Utredningen anför i avsnitt 7.7.2 att det är en brist i dagens regelverk att uppräkningsmetoden lett till att beloppen som fastställs nationellt i dag är ganska långt ifrån genomsnittskostnad i riket för en vårdplats. En viss ”rabatt” har därmed utvecklats. År 1992 var landstingens intäkter för det kommunala betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter 575 mkr.² I 2014 års penningvärde motsvarar detta cirka 776 mkr. Det ska jämföras med att kommunerna enligt räkenskapsammandraget för 2013 hade utgifter till landstingen på 388 mkr (238 mkr avser äldre och 150 mkr avser personer med funktionsnedsättning), som framgår av avsnitt 4.8 ska dock dessa siffror tolkas med försiktighet.

² SOU 1993:49 s 45.

10.2 Konsekvenser för enskilda utförare

Utredningens förslag innebär inga konsekvenser för enskilda utförare utöver det som redan gäller i dag.

10.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen – proportionalitetsprincipen

Som framgår av avsnitt 7.2.1 anser utredningen att detaljreglering inte är möjligt inom stora delar av detta område utan att detaljer avseende samverkan, informationsöverföring, fristdagar, belopp och former för tvistlösning ska överenskommas lokalt för att bättre kunna anpassas till lokala förutsättningar. Lagstiftningen innehåller redan krav på tecknandet av samverkansöverenskommelser avseende personer med psykiska funktionsnedsättningar och personer med beroendeproblematik. Utredningen bedömer därför att något ingrepp i den kommunala självstyrelsen som går utöver sådant som redan accepterats inte föreligger.

Utredningen föreslår härutöver några smärre förändringar avseende inskrivningsmeddelandets innehåll. Dessa förändringar är dock så obetydliga att de inte är relevanta i detta sammanhang.

I övrigt föreslår utredningen inte några förändringar avseende ansvarsförhållanden eller nya skyldigheter visavi den redan befintliga lagstiftningen som föranleder en avvägning enligt proportionalitetsprincipen.

10.4 Jämställdhet mellan kvinnor och män

Sannolikt berörs fler kvinnor än män av förslaget till ny lagstiftning, se avsnitt 4.4 och 4.5. Utredningen bedömer att förslaget inte har någon påverkan på jämställdheten mellan kvinnor och män.

10.5 Övriga konsekvenser

10.5.1 Konsekvenser för verksamheternas administration

Utredningen har analyserat förslagets konsekvenser ur ett administrativt perspektiv. En ambition för utredningen har varit att förslaget till ny lagstiftning inte ska öka den administrativa börda som de berörda enheterna har på grund av nuvarande regelverk.

De administrativa moment som ingår i regelverket i dag kommer till vissa delar att ändras till nya moment enligt den av utredningen föreslagna lagen.

Nuvarande författningskrav	Krav enligt utredningens förslag
Inskrivningsmeddelande 10 a § BAL	Kvarstår dock med utvidgning av de uppgifter som inskrivningsmeddelandet ska innehålla 4 § Verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt för patienten 5 §
Kallelse till vårdplanering 10 c BAL	Kallelse till samordnad individuell planering 11 §
Utskrivningsmeddelande 10 e § BAL	Underrättelse att patienten är utskrivningsklar 7 §
Överföring av information vid in- och utskrivning 4 kap 2 § SOSFS 2005:27	Informationsöverföring vid utskrivning 8 § LOSS
Information till patienten 4 kap 3 § SOSFS 2005:27	Information till patienten 9 §

Utredningens förslag innebär att inskrivningsmeddelandet ska innehålla mer information om patienten än i dag. Utvidgningen avser inskrivningsorsak samt beräknad utskrivningsdag. Dessa uppgifter tillhör sådana uppgifter som slutenvården normalt tar ställning till. Att uppgifterna enligt utredningens förslag ska framgå av inskrivningsmeddelandet innebär därmed att själva uppgiftsinhämtandet inte blir mer omfattande. Den administrativa betydelsen av detta torde därmed vara av ringa omfattning.

Utredningen föreslår att en fast vårdkontakt ska utses för patienter som omfattas av denna lag och som behöver insatser från den landstingsfinansierade öppna vården. Enligt utredningens bedömning är det sannolikt mycket sällsynt att patienter i lagens målgrupp inte har behov av sådana insatser, även om de i vissa fall kan

vara av ringa omfattning. Detta moment i den föreslagna nya lagen är visserligen nytt jämfört med nuvarande lagstiftning men de patienter som omfattas av den nya lagen skulle i normalfallet ändå omfattas av den skyldighet som verksamheten har att utse en fast vårdkontakt enligt 6 kap. 2 § patientlagen och 29 a § HSL. I juridisk mening är det därmed att betrakta som ett förtydligande av det ansvar som redan åvilar verksamhetschefen och som säkerställer att patientens behov av insatser vid utskrivning från slutenvård koordineras. Utredningens förslag i denna del innebär därmed inte någon ytterligare administrativ belastning.

Som framgår av avsnitt 7.1.2 är planeringsskyldigheten dubbelreglerad i nu gällande regelverk. Utredningens förslag innebär att denna dubbelreglering tas bort, det torde minska eventuella tillämpningsproblem med dubbelreglering. Dock går inte att dra någon slutsats om administrationen förenklas.

Sammantaget anser utredningen att den föreslagna lagstiftningen inte utvidgar den administrativa börda som redan åvilar verksamheterna i dag.

10.5.2 Minskad administration för Regeringskansliet

Utredningen föreslår att regeringen kan delegera uppgiften till en myndighet att besluta om de belopp som ska gälla för kommunens betalningsansvar vid överträdelse av frisdagar och då det saknas överenskommelse mellan huvudmännen, se avsnitt 7.7.2.

Utredningen menar att detta kan minska administrationen om den expertmyndighet som tar fram beloppet också kan besluta om densamma och beslutet inte behöver beredas av ytterligare en myndighet, Regeringskansliet.

11 Ikraftträdande

Vårt förslag: Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård och de ändringar i andra lagar som vi föreslår, ska träda i kraft den 1 juli 2016.

När lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård träder i kraft, ska lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård upphöra att gälla.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård bör kunna träda i kraft den 1 juli 2016. Lagen ersätter den reglering som nu finns i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Den sistnämnda lagen ska därför upphöra att gälla då den föreslagna lagen träder i kraft.

Utredningen föreslår inga särskilda övergångsbestämmelser.

12 Författningskommentar

12.1 Förslaget till lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Lagens innehåll och tillämpning

1 § I denna lag finns bestämmelser om samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från landstingets slutna vård kan komma att behöva insatser från en kommun i form av socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Det finns även bestämmelser om hur dessa insatser för den enskilde ska planeras tillsammans med insatser från landstingets öppna hälso- och sjukvård. Lagen ska i dessa delar (4 – 12 §§) tillämpas av vårdgivare och utförare av verksamhet inom socialtjänsten. Lagen ska också tillämpas av de som är yrkesverksamma i dessa verksamheter.

I denna lag finns också bestämmelser om samverkan mellan landsting och kommun och om kommunens betalningsansvar för utskrivningsklara patienter. Dessa bestämmelser (13 – 18 §§) ska tillämpas av landsting och kommuner i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst.

Vad som i denna lag sägs om landsting gäller även kommuner som inte ingår i ett landsting.

Lagen ska inte tillämpas i samband med utskrivning av patienter som vårdas enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Paragrafen, som behandlas i avsnitt 7.3.2, beskriver lagens tillämpningsområde, innehåll och struktur.

Lagen innehåller enligt paragrafens första stycke bestämmelser om samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från landstingets slutna vård kan komma att behöva

insatser från en kommun i form av socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Lagen ska alltså inte tillämpas i samband med utskrivning av patienter som inte har sådana behov.

Paragrafen beskriver också vilka aktörer som ska tillämpa de olika delarna av lagen. När det gäller bestämmelserna om samverkan vid planering av insatser (4 – 12 §§) ska de tillämpas av vårdgivare och utförare av verksamhet inom socialtjänst och yrkesverksamma i dessa verksamheter. Det innebär att dessa bestämmelser är verksamhetsnära och talar om hur samverkan och planering av insatserna för denna kategori patienter ska gå till i den slutna och öppna vården samt i socialtjänsten.

När det gäller bestämmelserna om rutiner för samverkan och om kommunens betalningsansvar (13 – 18 §§) ska dessa enligt paragrafens *andra stycke* tillämpas av landsting och kommuner i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvård respektive landsting. Dessa bestämmelser är således inte verksamhetsnära utan riktar sig till huvudmännen som ytterst ansvariga för att enskilda får den hälso- och sjukvård och socialtjänst som de behöver.

Enligt paragrafens *tredje stycke* ska vad som i lagen sägs om landsting gälla även kommuner som inte ingår i ett landsting.

I paragrafens *sista stycke* finns en begränsning i tillämpningsområdet. Lagen inte ska tillämpas vid utskrivning från den rättspsykiatriska tvångsvården. Denna begränsning behandlas i avsnitt 7.3.3. När det gäller samverkan vid utskrivning från rättspsykiatrin finns särskilda bestämmelser i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV.

Lagens syfte

2 § Denna lag syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och som också kan ha behov av insatser från den landstingsfinansierade öppna vården. I detta syfte ska lagen särskilt främja att en patient skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.

Paragrafen anger lagens syfte och har behandlats i avsnitt 7.3.5.

God vård och socialtjänst av hög kvalitet innebär bl.a. att en enskild får insatser av den eller de aktörer som bäst kan tillgodose den enskildes behov. Det är inte till fördel för patientens tillfrisknande och rehabilitering att vara kvar inom den slutna vården efter att den utredning och behandling som kräver sjukhusets resurser har avslutats. Sluten vård är dessutom den vårdform som innebär störst risker ur ett patientsäkerhetsperspektiv, t.ex. när det gäller infektioner. Därför ska en patient inte vårdas i slutna vården efter det att en läkare bedömt att patienten är utskrivningsklar.

Bestämmelserna i lagen ska tolkas med utgångspunkt i detta syfte.

Definitioner

3 § I denna lag används dessa begrepp med följande betydelse.

- Med hälso- och sjukvård avses*
- åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt även sjuktransporter.*
- Med socialtjänst avses insatser för en enskild enligt författningarna om socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade samt insatser enligt de särskilda författningarna om vård utan samtycke av unga eller av missbrukare,*
- Med slutna vård avses hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård*
- Med öppen vård avses annan hälso- och sjukvård än slutna vård.*
- Med utskrivningsklar avses att en patients hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården.*

Paragrafen innehåller definitioner av i lagen viktiga begrepp och har behandlats i avsnitt 7.3.6.

Förarbeten till begreppet utskrivningsklar finns i prop 2002/03:20 s. 33 ff och 41 ff.

Inskrivningsmeddelande

4 § Om den behandlande läkaren bedömer att en patient kan komma att behöva insatser från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller socialtjänsten efter att patienten har skrivits ut, ska läkaren underrätta de berörda enheterna genom ett inskrivningsmeddelande. Inskrivningsmeddelandet ska lämnas senast 24 timmar efter det att patient har skrivits in i den slutna vården eller så snart det där efter bedöms finnas ett behov av det. Ifall patienten även behöver insatser från den landstingsfinansierade öppna vården ska också berörda enheter i den öppna vården få ett inskrivningsmeddelande.

Inskrivningsmeddelandet ska innehålla upplysningar om inskrivningsorsak och beräknad tidpunkt för utskrivning.

Paragrafen har behandlats i avsnitt 7.4.1 och 7.4.2.

Paragrafen motsvarar delvis 10 a § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (betalningsansvarslagen). Utöver kraven i bestämmelsen i betalningsansvarslagen finns i paragrafen krav på att inskrivningsmeddelandet ska innehålla upplysningar om inskrivningsorsak och beräknad tidpunkt för utskrivning. Förarbeten till 10 a § betalningsansvarslagen finns i prop. 2002/03:20 s. 34 ff.

För att skapa en ändamålsenlig och snabb vårdprocess – förkorta ledtiderna – behöver den öppna vården, den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten snabb information om att patienten tagits in på sjukhus. Informationen behöver komma tidigt för att kunna göra förberedelserna inför patientens utskrivning och fortsatta vård och socialtjänst så effektiva och bra som möjligt. Det är också viktigt för planeringen att det framgår vad som orsakat patientens inskrivning och när patienten beräknas skrivas ut. Tidpunkten för beräknad utskrivning är förstås en uppskattning, som kan komma att ändras under vårdtiden. Syftet med informationen är att underlätta planeringen.

Genom inskrivningsmeddelandet får de berörda parterna en signal om att en patient inom kort kommer att behöva olika insatser. De ansvariga aktörerna ska då inleda planeringen av dessa. Inskrivningsmeddelandet är också en signal till öppenvården att utse en fast vårdkontakt för patienten.

Insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten bygger på att den enskilde vill ha de insatser som kan erbjudas. Samverkan vid planering och det informationsutbyte som det innebär förutsätter därför patientens samtycke. Det är grundläggande att patientens självbestämmande och integritet respekteras. I samband med inskrivning i den slutna vården är dock många patienter ur stånd att ta ställning till om uppgifter om dem får överföras till enheter inom socialtjänsten eller till den öppna vården. De personuppgifter som kan förekomma i ett inskrivningsmeddelande är namn, personnummer, adress, inskrivningsorsak och beräknad tidpunkt för utskrivning. Det är viktigt att ansvariga aktörer tidigt får en signal om att inleda planeringen av de insatser som den enskilde behöver så att övergången från den slutna vården till socialtjänsten och den öppna vården blir så bra som möjligt för den enskilde. De uppgifter som är nödvändiga för att inleda denna planering får därför överföras till berörda enheter utan hinder av sekretess (12 §). Det innebär att denna del av samverkan vid planeringen kan inledas även om patienten inte är i stånd att samtycka till den informationsöverföring som ett inskrivningsmeddelande innebär. Undantaget behandlas närmare i kommentaren till 12 §.

Fast vårdkontakt i landstingets öppna vård

5 § När berörd enhet i den landstingsfinansierade öppna vården har fått ett inskrivningsmeddelande angående en patient, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten, om han eller hon inte redan har en sådan.

Verksamhetschefen ska utse den fasta vårdkontakten innan patienten skrivs ut från den slutna vården.

Paragrafen har behandlats i 7.4.4.

Enligt 6 kap. 1 § patientlagen (2014:821) ska patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet i vården tillgodoses och olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska enligt 6 kap. 2 § patientlagen en fast vårdkontakt utses för patienten. Verksamhetschefens ansvar för att i sådana fall

utse den fasta vårdkontakten regleras i 29 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:73), förkortad HSL.

De patienter som har ett fortsatt sjukvårdsbehov efter utskrivning från den slutna vården är en patientgrupp med särskilt stora behov av kontinuitet och samordning m.m. Den öppna vården har en viktig roll för att upprätthålla kontinuiteten i vården av en patient. Verksamhetschefen för den enhet, som ska ansvara för patientens öppna vård, ska enligt paragrafens *första stycke* utse en fast vårdkontakt för patienten. För patienter som omfattas av lagen blir det alltså obligatoriskt med en fast vårdkontakt i den öppna vården. Den fasta vårdkontakten ska också enligt 11 § kalla till den samordnade vårdplaneringen.

Av *andra stycket* framgår att verksamhetschefen ska utse den fast vårdkontakten innan patienten skrivs ut från den slutna vården. Syftet med bestämmelsen är ju att det ska finnas någon som ansvarar för patientens trygghet, säkerhet, kontinuitet och samordning efter utskrivningen. Det är därför viktigt att det finns en fast vårdkontakt utsedd när patienten skrivs ut.

Planering inför patientens utskrivning

6 § När en berörd enhet inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten har fått ett inskrivningsmeddelande ska enheten inleda planeringen av de insatser som är nödvändiga för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården och efter utskrivningen få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda.

Paragrafen har behandlats i avsnitt 7.4.5.

För många patienter är det bättre att en genomgripande planering av de insatser som patienten behöver görs efter att hen lämnat sjukhuset och är tillbaka i sin hemmiljö eller i ett korttidsboende. Patienten har fått några dagar på sig att återhämta sig och bedöma vilka behov som finns i hemmiljön. Den tid som passerar från den tidpunkt då patienten lämnar slutenvården fram till att den samordnade individuella planeringen görs behöver dock också planeras. Denna tid är i normalfallet relativt kort, från någon dag upp till några veckor.

Det är nödvändigt att berörda enheter i den öppna vården och inom socialtjänsten snabbt kommer igång att planera och styra upp sitt samarbete för att undvika att en enskild patient står utan hjälp vid utskrivningen. Genom inskrivningsmeddelandet får berörda enheter sådan information att det finns anledning att omedelbart inleda planeringen inför patientens hemgång. Den enskildes upplevelse av trygghet vid hemgång är mycket viktig liksom att närstående är delaktiga och trygga med vad som kommer att hända efter att patienten lämnat slutenvården.

Underrättelse om att en patient är utskrivningsklar

7 § När den behandlande läkaren har bedömt att en patient är utskrivningsklar, ska läkaren så snart som möjligt underrätta de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande enligt 4 § om denna bedömning.

För patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård, ska en underrättelse enligt 7 a § 3 stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård motsvara en underrättelse enligt första stycket.

Paragrafen har behandlats i avsnitt 7.4.6.

För att ytterligare underlätta planeringen av de insatser som patienten behöver efter utskrivningen ska den behandlade läkaren underrätta berörda enheter om att patienten bedömts vara utskrivningsklar.

I *andra stycket* finns en bestämmelse om att när det gäller patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård motsvaras en underrättelse enligt första stycket av chefsöverläkarens underrättelseskyldighet enligt 7 a § 3 stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT.

När patienter skrivs ut från psykiatrisk tvångsvård till öppenvård enligt hälso- och sjukvårdslagen ska en underrättelse enligt paragrafens första stycke göras.

Informationsöverföring vid utskrivning

8 § Senast samma dag som en patient skrivs ut från den slutna vården, ska den behandlande läkaren vid den enhet där patienten vistas överföra sådan information, som är nödvändig för patientens fortsatta hälso- och sjukvård- och socialtjänst, till de enheter som har fått ett in-skrivningsmeddelande enligt 4 § om detta.

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 7.4.7. Informationsöverföringen ska göras senast samma dag som patienten skrivs ut och ska föregås av meddelandet om att patienten har bedömts vara utskrivningsklar (7 §).

Informationen ska innehålla de uppgifter från den slutna vården som är nödvändig för att patienten ska få de insatser från öppenvården, den kommunala vården och från socialtjänsten, som hen behöver. För att en patient ska få rätt läkemedelsbehandling måste till exempel uppgifter om patientens aktuella ordinationer finnas med. För att socialtjänsten ska kunna erbjuda rätt insatser bör till exempel uppgifter om patientens ADL-förmåga finnas med.

Information till patienten

9 § När en patient skrivs ut från den slutna vården ska den behandlande läkaren ge patienten skriftlig information om vilka insatser som har genomförts under vårdtiden.

Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en närstående till patienten.

Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns hinder för detta i 12 § andra stycket eller 13 § första stycket eller i 25 kap. 6 eller 7 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Paragrafen har behandlats i avsnitt 7.4.8. I den finns krav på information som möjliggör patientens och närståendes delaktighet. Det utgör en viktig förutsättning för att patient och närstående ska kunna känna trygghet i samband med utskrivningen att de har information om vilka åtgärder som genomförts i den slutna vården. Denna information ska ges skriftligt. Syftet med detta är att ge patienten möjlighet att ta in informationen i sin egen takt.

Första stycket utgör en specificering av vad informationsplikten innebär i de situationer som denna lag reglerar. Generella bestämmelser om att patienten ska få individuellt anpassad information finns i 3 kap. 1 § patientlagen.

Om patienten samtyckt till samverkan och informationsutbyte mellan de berörda aktörerna enligt denna lag, eller om det finns annat grund för detta arbete, är det lämpligt att patienten får individuellt anpassad information om de insatser som har planerats enligt 6 §.

Om informationen inte kan ges till patienten får den ges till någon närstående om inte reglerna om sekretess ställer hinder i vägen.

Samordnad individuell planering

10 § Om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, ska en gemensam planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Planeringen ska genomföras i enlighet med bestämmelserna om samordnad individuell plan i 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453).

När det gäller patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård ska planeringen genomföras enligt bestämmelserna om en samordnad vårdplan enligt 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Paragrafen har behandlats i avsnitt 7.4.9.

I befintlig lagstiftning finns flera bestämmelser om planering av insatser för en enskild. Det finns i 3 f § HSL och i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) generella bestämmelser om planering av insatser för enskilda som har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. I så fall ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Patientgruppen som omfattas av lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård har sådana behov som avses i hälso- och sjukvårdslagens

och socialtjänstlagens bestämmelse om individuell plan. En sådan samordnad individuell plan ska upprättas efter det att patienten skrivits ut från den slutna vården.

Bestämmelserna om individuell plan i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen riktar sig till landstingen och kommunerna som huvudmän för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Av förarbeten framgår att lagstiftaren velat betona huvudmännens gemensamma ansvar för personer med behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst (prop. 2002/03:193 s. 18 ff). Individuell planering för enskilda patienter är dock en verksamhetsnära aktivitet. 10 § ska tillämpas av vårdgivare och utförare av verksamhet inom socialtjänsten. Det är dessa som i ser till att genomföra den samordnade individuella planeringen. På det sättet uppfyller huvudmännen i praktiken sitt gemensamma planeringsansvar.

Bestämmelsen om individuell plan i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ska enligt förarbeten inte tillämpas av den kommunala hälso- och sjukvården (prop. 2008/09:193 s. 22). Regeringen anför att om det identifieras något planeringsbehov inom ramen för en kommunal hälso- och sjukvårdsverksamhet i ett särskilt boende, så är det planeringsskyldigheten i socialtjänstlagen som blir tillämplig eftersom socialtjänst och hälso- och sjukvård knappast kan åtskiljas i en sådan situation. Om det handlar om ett planeringsbehov som uppkommer inom hemsjukvården anser regeringen att det ligger inom ramen för det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret att t.ex. kontakta landstinget om det uppkommer behov av medicinska specialistinsatser.

När det gäller de patienter som behöver kommunal hälso- och sjukvård efter utskrivning från den slutna vården ingår det alltså i det medicinska ansvaret för kommunen att planera insatserna tillsammans med andra enheter som ansvarar för insatser som patienten behöver. Även den kommunala hälso- och sjukvården ska därför delta i en samordnad individuell planering enligt 10 §.

Eftersom det dessutom finns ytterligare lagstiftning som reglerar hur planeringen av insatser för den enskilde ska gå till måste berörda enheter göra en bedömning i vilken mån olika planer kan behöva samordnas.

När det gäller patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård ska vårdplaneringen genomföras enligt bestämmelserna om en samordnad vårdplan enligt 7 a § LPT.

Det är chefsöverläkaren som har ansvaret för att upprätta en sådan plan.

11 § Om patienten behöver insatser från hälso- och sjukvården efter utskrivningen, ska patientens fasta vårdkontakt i den öppna vården kalla till den samordnade individuella planeringen enligt 10 § första stycket.

Kallelsen ska skickas senast tre dagar efter att en underrättelse enligt 7 § om att patienten är utskrivningklar har lämnats

Paragrafen har behandlats i avsnitt 7.4.10. Den fasta vårdkontakten har ansvaret för att kalla till vårdplaneringen ifall patienten behöver landstingsfinansierad öppenvård eller kommunens hälso- och sjukvård. På det sättet skapas incitament för öppenvården att vara delaktiga redan från början i planeringen av patientens fortsatta vård. För att säkra kontinuitet och trygghet för patienten ska kallelsen skickas ut redan innan patienten skrivits ut. Själva planeringen ska genomföras så snart som möjligt. Bedömningen av när och var planeringen ska genomföras bör göras med utgångspunkt i patientens behov.

När det gäller patienter som enbart behöver insatser från socialtjänsten efter utskrivningen har den fasta vårdkontakten ingen ansvar att kalla till samordnad individuell planering.

Undantag från sekretess

12 § Sekretess hindrar inte att ett landsting till en kommun eller till en privat vårdgivare eller utförare av socialtjänst lämnar uppgift om namn, personnummer, folkbokföringsadress, inskrivningsorsak och beräknad utskrivningsdag avseende enskilda som omfattas av denna lag.

Paragrafen har behandlats i avsnitt 7.4.3. och även i kommentaren till 4 §. Tillämpningen av lagen bygger på frivillighet från patientens sida. Enbart om patienten vill ha insatserna och vill att vården och socialtjänsten ska samarbeta kan samordnad individuell planering, olika insatser och informationsöverföring m.m. genomföras. Möjligheten att planera inför patientens utskrivning har dock ansetts vara så nödvändigt för de ansvariga aktörerna att denna inledande in-

formationsöverföring får genomföras oavsett patientens inställning, se förarbeten till nu gällande bestämmelse i betalningsansvarslagen (prop. 2001/03:20 s. 34 ff.) Vid intagningen på sjukhuset är många patienter ut stånd att ta ställning till om uppgifter om dem får överföras till enheter i den öppna vården eller socialtjänsten och det kan vara svårt att ta reda på patientens inställning på annat sätt. Eftersom det för den enskildes bästa är viktigt att den behandlande läkaren i samband med inskrivningen underrättar de enheter som kan bli aktuella för hjälpinsatser efter utskrivning, så får vissa uppgifter utlämnas även om patienten inte haft möjlighet att ta ställning till det.

I denna paragraf utökas det obligatoriska informationsinnehållet i förhållande till gällande rätt. Inskrivningsmeddelandet ska för att underlätta planeringen även innehålla uppgift om inskrivningsorsak och om planerad dag för utskrivning. De patienter som omfattas av lagens bestämmelser har behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Behovet av att snabbt komma igång med samordning och planering av insatser för att tillgodose dessa - ofta mycket sköra - patienters behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet väger tyngre än det intrång i den personliga integriteten som informationsöverföring kan innebära.

Samverkan mellan landsting och kommun

13 § Landsting och kommun ska fastställa gemensamma riktlinjer till vårdgivare och utförare av socialtjänst avseende samverkan enligt denna lag.

Landsting och kommun ska även komma överens om vid vilken tidpunkt kommunens betalningsansvar enligt 14 § ska inträda, vilket belopp som ska gälla för vård av utskrivningsklara patienter och om hur tvister mellan landstinget och kommunen avseende belopp och övergången av betalningsansvaret ska lösas.

Paragrafen har behandlats i avsnitt 7.5.1. Landsting och kommun ska i egenskap av huvudmän för verksamhet inom hälso- och sjukvård och socialtjänst ge direktiv till verksamheterna samverka enligt denna lag. Inom ansvarsområdet kan huvudmännen t.ex. bestämma vilket system för informationsöverföring som ska använ-

das och övergripande riktlinjer för samverkan m.m. Huvudmännens riktlinjer får sedan ligga till grund för mera verksamhetsnära rutiner.

Kommuner och landsting ska också enligt *andra stycket* komma överens om vid vilken tidpunkt kommunens betalningsansvar ska inträda, vilka belopp som ska gälla och om hur tvister ska lösas.

Kommunens betalningsansvar

14 § En kommun ska betala ersättning till ett landsting för en patient inom landstingets slutna hälso- och sjukvård som den behandlande läkaren har bedömt vara utskrivningsklar.

Paragrafen som har behandlats i avsnitt 7.6 reglerar när betalningsansvaret för en patient som vårdas inom den slutna vården övergår till kommunen. Detta ska enligt denna huvudregel inträffa när den behandlade läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Ytterligare förutsättningar för att betalningsansvaret ska övergå regleras i 16 §.

Den behandlande läkaren avgör genom en bedömning av patientens tillstånd och med hänsyn till vetenskap och beprövad erfarenhet när en patient inte längre är i behov av den slutna vården, det vill säga när hen är utskrivningsklar. Det är alltså en professionell bedömning utifrån patientens tillstånd som den behandlande läkaren ska göra.

15 § En kommuns betalningsansvar ska omfatta patienter som är folkbokförda i kommunen.

Den kommun, som har beslutat om att en patient ska vistas i en annan kommun i någon boendeform som avses i socialtjänstlagen (2001:453) eller i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, har betalningsansvaret för den patienten oavsett var patienten är folkbokförd.

Paragrafen, som har behandlats i avsnitt 7.6 beskriver vilka utskrivningsklara patienter som kommunen ska ha betalningsansvar för. En kommun har enligt paragrafen betalningsansvar för patienter

som är folkbokförda i kommunen och för de som enligt kommunens beslut bor i en annan kommun.

16 § Kommunens betalningsansvar enligt 14 § ska endast inträda om

1. den slutna vården har underrättat kommunen om att patienten har skrivits in (inskrivningsmeddelande) enligt 4 § och

2. den fasta vårdkontakten har kallat till samordnad individuell planering enligt 11 §, när det gäller de patienter som efter utskrivningen har behov av insatser från hälso- och sjukvården.

När det gäller patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård ska kommunens betalningsansvar endast inträda ifall den slutna vården har underrättat kommunen om att patienten skrivits in enligt 4 § och ifall den samordnade vårdplanen enligt 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård har upprättats.

Paragrafen har behandlats i avsnitt 7.6.1 För att kommunens betalningsansvar ska utlösas avseende en utskrivningsklar patient krävs att slutenvården har lämnat ett inskrivningsmeddelande och att det finns en kallelse till samordnad individuell planering från den öppna vården. Genom bestämmelsen ställs krav på aktivitet även från landstingets sida - såväl från den slutna som också från den öppna vården - för att kommunens betalningsansvar ska kunna inträda. Ifall betalningsansvaret gäller patienter som enbart behöver insatser från socialtjänsten efter utskrivningen har den fasta vårdkontakten ingen kallelseansvar. Därför blir detta villkor (p. 2) inte aktuellt för denna patientgrupp.

När det gäller patienter som behöver insatser i form av öppen psykiatrisk tvångsvård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård ska kommunens betalningsansvar endast utlösas om slutenvården har lämnat ett inskrivningsmeddelande enligt 4 § och om en samordnad vårdplan har upprättats av cheföverläkaren enligt 7 a § LPT.

17 § Om det inte finns någon överenskommelse enligt 13 § andra stycket, ska kommunens betalningsansvar inträda tre dagar efter det att

1. den behandlande läkaren har underrättat berörda enheter i kommunen om att patienten är utskrivningsklar, eller

2. chefsöverläkaren underrättat berörda enheter om beslut om öppen vård enligt 7 a § tredje stycket (1991:1128) lagen om psykiatrisk tvångsvård.

Om en underrättelse enligt första stycket lämnas efter klockan 12.00, ska kommunens betalningsansvar inträda fyra dagar efter det att underrättelsen har lämnats.

Paragrafen, som har behandlats i 7.7, ska endast gälla om inte huvudmännen har kommit överens om annat enligt 13 § andra stycket.

Kommunens betalningsansvar ska inträda tre dagar efter det att en underrättelse om att patientens är utskrivningsklar har lämnats av den behandlande läkaren. Motsvarande gäller avseende betalningsansvaret för patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård. I sådana fall ska betalningsansvaret inträda tre dagar efter det att chefsöverläkaren har underrättat berörda enheter om beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård enligt 7 a § tredje stycket LPT. Med tre dagar avses tre kalenderdagar.

I *andra stycket* finns en bestämmelse om hur tidsfristen ska räknas. Om en underrättelse enligt första stycket lämnas efter klockan 12, ska kommunens betalningsansvar inträda fyra dagar efter det att underrättelsen har lämnats.

18 § Om det inte finns någon överenskommelse enligt 13 § andra stycket, ska kommunen lämna ersättning för vård av utskrivningsklara patienter med det belopp som motsvara genomsnittet i riket för en vårdplats i den slutna vården. Detta belopp ska räknas om årligen med hänsyn till utvecklingen av kostnader för vårdplatser i den slutna vården.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer fastställer årligen det belopp som avses i första stycket.

Paragrafen, som har behandlats i 7.7.1, ska endast gälla om inte huvudmännen har kommit överens om annat enligt 13 § andra stycket.

Bestämmelserna i den nya lagen träder i kraft den 1 juli 2016, då lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård upphör att gälla.

Ikraftträdandet behandlas närmare i avsnitt 11. Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ersätter den reglering som nu finns i betalningsansvarslagen, som ska upphöra att gälla samtidigt som den nya lagen träder i kraft.

12.2 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

3 f § När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en samordnad individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

- 1. vilka insatser som behövs,*
- 2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,*
- 3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och*
- 4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.*

Ändringen, som har behandlats i avsnitt 7.4.9, består endast i att planeringen föreslås få benämningen *samordnad* individuell planering.

I praxis kallas planeringen för samordnad individuell planering, Ändringen är en anpassning till detta och betonar det som är grundläggande för den gemensamma planeringen av insatser för den enskilde.

26 § Av patienter får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska behandlas lika.

Landstinget får dock för sluten vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. Avgiften för sluten vård får för varje vård dag uppgå till högst 0,0023 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

Avgiften tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när

- 1. vården ges, eller*
- 2. han eller hon uteblir från ett avtalat besök.*
- 3.*

Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.

Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § får, tillsammans med avgifter för hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs ska kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet enligt sjätte stycket ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

Paragrafen har endast ändrats på så vis att hänvisningar till avgifter för långtidssjukvård och till lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård har strukits. Det finns inte

längre någon sådan vårdform som kommunerna har betalningsansvar för. Jämför avsnitt 7.3.2.

12.3 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

2 kap. 7 § När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en samordnad individuell plan.

Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

- 1. vilka insatser som behövs,*
- 2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,*
- 3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och*
- 4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen*

Ändringen, som har behandlats i avsnitt 7.4.9, består endast i att planeringen föreslås få benämningen *samordnad* individuell planering.

I praxis kallas planeringen för samordnad individuell planering, Ändringen är en anpassning till detta och betonar det som är grundläggande för den gemensamma planeringen av insatser för den enskilde.

12.4 Förslaget till ändring i patientlagen (2014:821)

6 kap. 4 § För en enskild som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en samordnad individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 3 f § hälso-och sjukvårdslagen.

Ändringen, som har behandlats i avsnitt 7.4.9, består endast i att hänvisningen till planeringen ändras till att en *samordnad* individuell planering ska upprättas.

I praxis kallas planeringen för samordnad individuell planering. Ändringen är en anpassning till detta och betonar det som är grundläggande för den gemensamma planeringen av insatser för den enskilde.

Referenser

Utrednings och kommittébetänkanden

SOU 1992:73 Valfärd och valfrihet

SOU 1993:49 Ett år med betalningsansvar

SOU 1998:31 Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem

SOU 2000:114 Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet m.m.

SOU 2001:6 Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut

SOU 2004:68 Sammanhållen hemvård

SOU 2006:91 Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare.

SOU 2006:100 Ambition och ansvar: nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder

SOU 2010:48 Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år

SOU 2011:55 Kommunaliserad hemsjukvård

SOU 2012:17 Psykiatri och lagen

SOU 2013:44 Ansvarsfull hälso- och sjukvård

SOU 2014:23 Rätt information på rätt plats i rätt tid

Departementsserien m.m.

Ds 1989:27 Ansvaret för äldreomsorgen: rapport från Äldredelegationen

Propositioner och skrivelser

Prop. 1987/88:176 Om äldreomsorgen inför 90-talet

Prop. 1990/91:14 Ansvar för service och vård till äldre och handikappade m.m.

Prop. 1992/93:159 Om stöd och service till vissa funktionshindrade

Prop. 1993/94:218 Psykiskt stördas villkor.

Prop. 1993/94:253 Ekonomisk reglering för år 1995 mellan landsting och kommuner med anledning av ökat kommunalt ansvar för psykiskt störda.

Prop. 2000/01:80 Ny socialtjänstlag m.m.

Prop. 2002/03:20 Samverkan mellan kommuner och landsting inom omsorgsområdet.

Prop. 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre

Prop. 2007/08:70 Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården

Prop. 2008/09:193 Vissa psykiatrirådgivningsfrågor m.m.

Prop. 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning

Prop. 2013/14:106 Patientlag

Utskottsbetänkanden

Socialutskottets betänkande (1990/91:SoU9) om ändrad ansvarsfördelning inom äldreomsorgen m.m.

Socialutskottets betänkande (1993/94:SoU28) Psykiskt stördas villkor

Socialutskottets betänkande (2002/03:SoU12) Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet

Socialutskottets betänkande (2005/06:SoU9) Vårdplanering

Regeringsrätten (Högsta förvaltningsdomstolen)

RÅ 2007 ref. 36

RÅ 2007 ref. 37 I-III

Uttalanden av Justitieombudsmannen

Beslut den 6 april 2000, dnr 699-1999

Rapporter

Arbetsmiljöverket: Nationell tillsyn av överbeläggningar inom akutsjukvården, rapport 2012:2

Boverket: Utvärdering av investeringsstödet till äldreboenden
Rapport 2013:7

FoU Norrbotten, Norrbottens läns landsting, kommunförbundet Norrbotten, Luleå Tekniska universitet: Utskrivningsklara patienter. Rutiner och samverkan mellan landstinget och kommunerna i Norrbottens län, 2008

FoU Norrbotten: Vägen från beroende – rak eller krokig? Uppföljning av mångbesökare inom missbruks- och beroendevård, 2013

FoU Sjuhärad Vålfärd: Tvärprofessionell samverkan för patienters/brukares delaktighet i vård- och omsorgsplanering, 2012

FoU Skåne: Närsjukvård - Samverkan mellan olika professioner i hemsjukvården, 2010

FoU Västernorrland: Samordnad vårdplanering. En studie om den föreskrivna och den faktiska vårdplaneringen, 2005

FoU i Väst/GR: En plattform för samverkan - Slutrapport från utvärderingen av projekt In- och utskrivningsklar patient – vårdkedjan för de mest sjuka äldre, 2014

FoU i Väst/GR: Implementering av Västbus - Slutrapport från utvärderingen om införande av ny samverkansmodell kring barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik i Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götalands län, 2010

- FoU i Väst/GR: Mellan människor och dokument – att skapa en långsiktig samverkan mellan kommuner och psykiatri, 2009
- FoU i Väst/GR: Onödig slutenvård av sköra äldre, En kunskapsöversikt, 2013
- FoU i Väst/GR: Samordnad vårdplanering - Intervjuundersökning om rutiner och samverkan vid vårdplanering för personer under 65 år med förvärvad hjärnskada eller neurologiskt funktionshinder, 2008
- FoU i Väst/GR: Vad styr patientens väg genom vården? 2004
- Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen: Statusrapport for samhandlingsreformen per november 2014
- HCM Health Care Management: Närvården i västra Skaraborg - Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare. Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting, 2013
- HCM Health Care Management: Trygg Hemgång i Ronneby - Utvärdering och ekonomisk analys av ett tjänstekoncept. Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting, 2014
- HCM Health Care Management: Uppföljning och utvärdering av projekt Multi7. Slutrapport, 2013
- Helsedirektoratet: Samhandlingsstatistikk 2012-13, 2014
- IVO: Hur länge ska man behöva vänta? En uppföljning av rapporteringsskyldighet och särskild avgift i socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, 2014
- IVO: Nationella bedömningskriterier för tillsyn av samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, 2012-01-31
- IVO: Äldre efterfrågar kontinuitet. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013, 2013
- KS-Kommunesektorens organisasjon: Utskrivningsklare pasienter - endrer praksis seg? 2012
- Landstingsförbundet: Medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk sjukhusvård, 1999
- Nestor FoU-center: ”Nog kan jag handskas med ett dussin tjejer” - Utvärdering av Trygg Hem, 2011

- Nestor FoU-center: Vård- och omsorgsmöte i hemmet – Samverkan kring sköra äldre, 2014
- Ramböll Management consulting: Rapport till utredningen S 2014:05 om vårdsamverkan
- Regionförbundet Uppsala län FoU-rapport, Styrning mot samverkan och styrning av samverkan, 2010
- Regionförbundet Uppsala län FoU rapport: Rehabiliteringskedjan mellan akademiska sjukhuset och Uppsala kommun. Personals uppfattningar och erfarenheter, 2012
- Riksrevisionen: Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Ett (o)lösligt problem? (RiR 2011:17)
- RSMH, Mölndals stad, Mölndalsbostäder: Sviktboendeprojektet i Mölndal: Sviktboende - ett projekt för att stödja människor med psykisk ohälsa i deras självständiga boende, 2011
- SBU: Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre, 2013
- SBU: Rehabilitering av äldre personer med höftfrakturer – interdisciplinära team, 2015
- SBU: Tidig koordinerad utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmiljö för äldre efter stroke, 2015
- SKL: Bättre liv för sjuka äldre Analysrapport 3 Sammanhållen vård och omsorg, 2014
- SKL: Bättre vård mindre tvång, utvecklingsarbete i den psykiatriska heldygnsvården, 2013
- SKL: KPP Psykiatri 2013
- SKL: KPP Psykiatri 2010 Mycket mer än kostnad per patient
- SKL: Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende, 2012
- SKL: Nyckelprojektet - teamens slutrapporter, 2009
- SKL: Modellområdesprojektet – psykisk hälsa barn och unga – Slutredovisning, 2012
- SKL: Utskrivningsklara patienter inom slutna somatiska sjukhusvård 29 september 2004, 2005
- SKL: Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende, 2012

- Socialdepartementet. Den ljusnande framtid är vård Delresultat från LEV-projektet. Socialdepartementet; 2010.
- Socialstyrelsen: DRG-statistik 2012 – En beskrivning av vårdkonsumtion i Sverige, 2014
- Socialstyrelsen: Ett gemensamt ansvar: Om samverkan mellan rättspsykiatrisk vård och socialtjänst, 2008
- Socialstyrelsen: Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten, 2015
- Socialstyrelsen: Hemvård – en kartläggning av översikter, 2014
- Socialstyrelsen: Insatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar - Kommunernas användning av stimulansbidragen 2007–2010, 2011
- Socialstyrelsen och SKL: Inventering av utskrivningsklara patienter och vårdplanering i samband med utskrivning - Undersökning 2007
- Socialstyrelsen: Kallelse till samordnad vårdplanering – hur gick det sedan? 2008
- Socialstyrelsen: Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002–2004 (2005)
- Socialstyrelsen: Lägesrapport 2014
- Socialstyrelsen: PM Kommunernas förutsättningar att ta emot utskrivningsklara patienter – kartläggning 2014, 5.3-27606/2014
- Socialstyrelsen: Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre, Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg, 2013
- Socialstyrelsen: Samordnad vård och omsorg om de mest sjuka äldre – Redovisning av arbetsläget hösten 2014
- Socialstyrelsen: Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2014
- Socialstyrelsen: Tillsynsrapport 2012 – hälso- och sjukvård och socialtjänst
- Socialstyrelsen: Trygghet - En studie om patienters syn på långsiktiga och förtroendefulla relationer i primärvården, 2003

- Socialstyrelsen: Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m. 2012
- Socialstyrelsen: Utskrivningsklara patienter – kartläggning våren 2013
- Socialstyrelsen: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En riktäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2010
- Socialstyrelsen: Vårdgaranti och kömiljard – Uppföljning 2013
- Socialstyrelsen: Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform, 1999
- Socialstyrelsen: Ädelreformen – Slutrapport, 1996
- Socialstyrelsen: Äldre – vård och omsorg den 1 april 2012 – Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen, 2013
- Socialstyrelsen: Öppna jämförelser 2014 - Jämlik vård – Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom
- Socialstyrelsen: Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården – Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård, 2010
- Socialstyrelsen: Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2013. Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: Att få inflytande över sin egen vårdplanering, 2012
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: Korttidsplats – vårdform som söker sitt innehåll, 2011
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: Samverkan på väg - En studie om gränssytor i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre, 2013
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: Sköra länkar i vårdkedjan, 2011
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: Styckevis och delat, Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge, 2006

- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: Vem ska bestämma vad i hemtjänsten? 2014
- Stockholms läns landsting och Kommunförbundet Stockholms län: Uppföljning av individuella planer inom missbruks- och beroendevården i Stockholms län, 2012
- Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet: Samarbetet kring medicinskt färdigbehandlade/ utskrivningsklara patienter, 2001
- Sveriges Läkarförbund: Utskrivningsklara patienter, 2014
- Sveriges Läkarförbund: Primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012, 2013
- Sveriges Läkarförbund: Varför kan inte doktorn komma? Problem-bild och lösningar för mer läkarnärvaro i de sköra äldres sjuk-vård, 2013
- Vårdanalys: Kartläggning av kommunernas arbetssätt för förenklad hantering och ökad flexibilitet i hemtjänsten, PM 2013:2
- Vårdanalys: Strukture reformer i hälso- och sjukvårdssystem, 2014
- Vårdanalys: VIP i vården? - Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom, 2014
- Vårdanalys: Produktivitetsskillnader i äldreomsorgen - Variationer, förklaringsfaktorer och utvecklingsbehov, 2013
- Kultorum: Slutrapport Utvärdering av Vårdplaneringsteam på Ryhov – ett samverkansprojekt mellan Jönköpings kommun och Jönköpings sjukvårdsområde, 2005

Litteratur

- Alsterdal, Lotte (red): Omtankar. Praktisk kunskap i äldreomsorg. Södertörns högskola, 2011
- Bergh, Elisabeth: Regionala Samarbetsprojekt i Norrbottens län - Socialtjänsten, psykiatrin och primärvården. Luleå tekniska universitet: Institutionen för arbetsvetenskap, 2008
- Grimsmo, Anders: Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? Sykepleien Forskning 2013 8(2):148-155 DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.0053, 2013

- Grimsmo, Anders Pasientforløp. Hvordan gjøre de til et nyttig redskap for primærhelsetjenesten? *power point-presentation*
- Gurner, Ulla och Thorslund, Mats: Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning, Natur och Kultur, 2003
- Krohwinkel Karlsson, Anna och Winberg, Hans (red): På väg mot en värdefull styrning. Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre, Stiftelsen Leading Health Care, 2012
- Nordmark, S., Söderberg, S., & Skär, L. Information exchange between registered nurses and district nurses during the discharge planning process: cross-sectional analysis of survey data. *Informatics for Health and Social Care* 2015; 40(1):23-44.
- Nordmark, S., Zingmark, K., & Lindberg, I. Experiences and Views of the Discharge Planning Process Among Swedish District Nurses and Home Care Organizers: A Qualitative Study. *Home Health Care Management & Practice* 2015
- Ring, R-M: Vårdplanering – det goda mötet? Rapport om ett utvecklingsprojekt i Dalarna. Dalarnas forskningsråd, 2005
- Tyrstrup, Mats: I välfärdsproduktionens gränsland. Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg, Entreprenörskapsforum, Fores, Stiftelsen Leading Health Care, 2014
- Wohlert Rickard, Utskrivningsklara patienter i rättspsykiatrin. En studie av lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård och dess tillämpning i praktiken. Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp, Göteborgs universitet, 2012

Riktlinjer, överenskommelser och rekommendationer

- Avgiftshandboken, Landstinget Kalmar, 2014
- Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre – ett policyprogram. Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svensk geriatrisk förening (SGF), Svensk Internmedicinsk förening (SIM), 2008.
- Etiskt förhållningssätt mellan landsting och kommun. Vi vill samverka för att människor ska få god vård- och omsorg på rätt vårdnivå, Jämtlands läns landsting 2010

- Gemensamma Blekingerutiner för Samordnad Vårdplanering, UVO, Gäller från 5 maj 2012, Version 1:1
- Gemensamma riktlinjer för samverkan - Samordnad individuell plan, Landstinget och kommunerna i Norrbottens län, juni 2013
- Informationsöverföring & samordnad vårdplanering. Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner. Version 6 (2013-03-08)
- Lathund för faxrutiner vid Informationsöverföring och samordnad vårdplanering – utskrivningsklara patienter. Gäller inom ReKo Sjuhärad fr.o.m. 1 december 2006 - t v
- När den ena handen vet vad den andra gör... Samordnad vård- och omsorgsplanering i Östergötland – Riktlinje, 2014
- PM Vad krävs för att en vårdplan enligt betalningsansvarslagen skall anses justerad? Region Skåne, 2003-10-08
- Praktiska anvisningar till hemsjukvårdsavtalet, Landstinget Västmanland, Västmanlands kommuner och landsting, 2012
- Regional tillämpning Samordnad vård- och omsorgsplanering Gemensam rutin i Västra Götaland samt IT stödet KLARA SVPL, 2013
- Riktlinjer för samordnad plan vid utskrivning, Dalarnas kommuner och Landstinget Dalarna, 2014
- Riktlinje för samordnad vårdplanering inom LGS-området, 2011 Gäller from 1 april 2011
- Riktlinjer för samordnad vårdplanering i Hallands län vid in- och utskrivning från sjukhus med stöd av MEDDIX Gäller fr.o.m. 2010-04-12
- Riktlinje för samordnad vårdplanering utifrån överenskommelse om Vårdkedjan i Uppsala län – PSYKIATRI, 2010
- Riktlinjer för samverkan vid informationsöverföring och samordnad vårdplanering mellan kommuner och landsting i Västernorrlands län, 2011
- Riktlinje för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i den somatiska slutenvården i Uppsala län, 2011-04-01

- Riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården i Sörmland, Informationsöverföring och upprättande av samordnad plan, Reviderad 2011-05-06
- Rutiner för informationsöverföring för utskrivningsklara patient. Rutiner för samverkan kring utskrivningsklara patienter – Policydokument, Region Jönköping 2013
- Rutin för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård samt betalningsansvar för utskrivningsklara patienter. Samverkan mellan Värmlands kommuner och Landstinget i Värmland. (2013-06-01 – 2015-06-01)
- Samordnad Vårdplanering. Rutiner vid Samordnad vårdplanering i samverkan mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne. Gäller från 2007-03-01, anpassad 2011-01-28
- Samordnad vårdplanering – SVPL. Gemensam rutin i Västra Götaland 2007
- Samverkan mellan kommuner och landstingets hälso- och sjukvård i Gävleborg, Landstinget Gävleborg, Kommunerna i Gävleborgs län
- SKL: Återkoppling till landstinget i X-län gällande det interna utredningsarbetet kring betalningsansvarslagen (1990:1404), 2014
- Sundhedsaftalen 2015-2018, Region Midtjylland
- Sundhedsaftale 2011-2014 Region Midtjylland
- Sundhedsaftalen 2015-2018 Region Syddanmark
- Sundhedsaftaler 2011-14, Region Syddanmark
- Sundhedsaftalen 2015-2018, Region Sjælland
- Sundhedsaftalen 2015-2018, Region Nordjylland
- Sundhedsaftale 2011-2014 Region Hovedstaden
- Sundhedsaftale 2007-2010 Region Hovedstaden
- Sundhedsstyrelsen: Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, VEJ nr 9005 af 20/12/2013
- Sundhedsaftalerne Region Midtjylland, det somatiske område, Lommehåndbog for personale på hospitaler, i kommuner og praksissektoren, 2009

- Trygghet, tillit och tillgänglighet – program för en bättre omsorg och vård för de mest sjuka äldre, PRO, 2014
- Utskrivningsklara patienter – Rutiner för samverkan mellan landstinget och kommunerna i Västerbotten
- Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, VEJ nr 9759 af 08/10/2014, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold
- Vård i livets slutskede, Vårdprogram 2006, Område Mölndal
- Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län angående samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården, 2011
- Överenskommelse om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård samt betalningsansvar för utskrivningsklara patienter Örebro läns landsting, Kommunförbundet Örebro län
- Överenskommelse mellan kommunerna i Västra Götaland och västra götalsregionen om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning, 2011-11-03
- Överenskommelse om regiongemensam inriktning för nya rutiner för samordnad vårdplanering för utskrivningsklara patienter m.m. Västra Götalandsregionen och Västkom, 2006
- Överenskommelse mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen och socialförvaltningen avseende samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, Gotland, 2011

Kommittédirektiv 2014:27

Betalningsansvarslagen

Beslut vid regeringssammanträde den 27 februari 2014

Sammanfattning

En särskild utredare ska göra en översyn av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, förkortad betalningsansvarslagen. Syftet med översynen är att åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan slutenvård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och onödigt vistelse på sjukhus så långt möjligt kan undvikas för utskrivningsklara patienter. En utgångspunkt för översynen ska vara att precisera formerna för samverkan mellan huvudmännen. Översynen ska omfatta både somatisk, geriatrisk och psykiatrisk vård.

Utredaren ska redovisa uppdraget senast den 27 februari 2015.

Bakgrund

Betalningsansvarslagen

Betalningsansvarslagen trädde i kraft 1992. Lagen var en del av en samlad reform (den s.k. ÄDEL-reformen) som i huvuddrag innebar att kommunerna övertog ansvaret för och driften av sjukhem och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård, vilka fick samlingsbegreppet särskilda boendeformer för service och omvårdnad. Kommunerna fick vidare ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser (exklusive läkarinsatser) i särskilda boendeformer och i dagverksamheter. Kommunerna fick också möjlighet att driva

hemsjukvård i ordinärt boende efter överenskommelse med landstinget.

Betalningsansvarslagen innebär ett kommunalt betalningsansvar för patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård och psykiatrisk vård, inom landstingets slutna hälso- och sjukvård, som är utskrivningsklara och för vilka en vårdplan är upprättad. Genom en process i flera steg ska den behandlande läkaren initiera en vårdplanering för den patient som efter utskrivningen bedöms behöva insatser från t.ex. kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Kommunen inträder som betalningsansvarig dagen efter det att en patient är utskrivningsklar och vårdplan är upprättad. Betalningsansvaret inträder tidigast fem vardagar efter att kommunen mottagit kallelsen till vårdplanering för en patient i den somatiska akutsjukvården eller geriatriska vården. Motsvarande tidsfrist för betalningsansvaret avseende en patient i den psykiatriska vården är 30 dagar.

Behovet av en översyn

Det finns skäl att se över delar av betalningsansvarslagen. Under de drygt tjugo år som gått sedan lagens införande har stora strukturförändringar inom hälso- och sjukvården ägt rum. Den ovan nämnda Ädelreformen 1992 liksom bl.a. den s.k. Psykiatrireformen 1995 innebar en avinstitutionisering av äldreomsorgen liksom omsorgen för personer med psykiska funktionsnedsättningar, med en stor omfördelning av insatser i landstingens slutna vård till kommunernas vård och omsorg. Antalet vårdplatser inom akutsjukvården och annan sluten vård har sedan dess mer än halverats. Under samma tid har vårdtiderna inom sluten vård minskat i medeltal från ca åtta dagar till ca fem dagar.

Den medicintekniska utvecklingen har gjort att en allt större del av sjukvårdsverksamheten kunnat föras över i öppen vård. Dessa strukturella förändringar har i sin tur lett till ett ökat behov av insatser inom landstingens och kommunernas primärvård och kommunernas socialtjänst och äldreomsorg. Mot bakgrund av förslagen från regeringens nationella samordnare för hemsjukvård (SOU 2011:55) har fram till nu landsting och kommuner i samtliga län utom Stockholms län kommit överens om att föra över ansvaret för

hemsjukvård från landstinget till kommunerna. Detta innebär att kommunerna har ansvar för medicinska insatser (utom läkarinsatser), rehabilitering, habilitering samt omvårdnad i patientens boende, antingen i det egna hemmet eller i särskilt boende. Hemsjukvården spänner över ett brett spektrum av insatser, bl.a. omläggning av sår, skötsel av stomi och urinkateter, utprovning av inkontinenshjälpmedel, dialys, sondmatning, injektioner, infusioner och provtagningar. Även avancerade sjukvårdsinsatser kan numera erbjudas i det egna hemmet, bl.a. inom cancervården. Den dagliga omsorgen med mat, hjälp med bostadens skötsel, hjälp med personlig hygien, sociala behov m.m. sköts vanligen parallellt med de mer medicinska uppgifterna. Kommunernas vård och omsorg har sammantaget fått allt viktigare och mer komplicerade uppgifter för allt fler personer med omfattande behov av stöd.

Dessa förändringar har också inneburit att kraven på ett effektivt flöde i slutenvården ökat. Socialstyrelsen genomförde 2013 en kartläggning av patienter som under 2012 har fått stanna på sjukhus på grund av att kommunerna inte tagit över ansvaret för dem från tidpunkten då de är utskrivningsklara. Mot bakgrund av kartläggningen uppskattade Socialstyrelsen att under 2012 fick cirka 80 000 patienter inom den somatiska slutenvården och cirka 4 000 patienter inom den psykiatriska vården stanna på sjukhus på grund av att kommunerna inte tagit över ansvaret för dem från tidpunkten då de var utskrivningsklara. Detta trots att de var färdigbehandlade. Sammanlagt vårdades dessa patienter uppskattningsvis 460 000 dagar inom den somatiska slutenvården och 59 000 dagar inom den psykiatriska vården från det att de var utskrivningsklara från sjukhus till det att kommunerna kunde ta över ansvaret. De utskrivningsklara patienterna uppskattas ha inneburit kostnader för landstingen på cirka 1,7 miljarder kronor under 2012. Cirka 21 600 patienter vårdades mer än fem dagar inom den somatiska slutenvården och 200 patienter mer än 30 dagar inom den psykiatriska vården innan kommunen kunde ta över ansvaret för dem.

Det är angeläget att minimera vårdtiderna på sjukhus. Det främsta skälet är hänsynen till patientens möjligheter att få en god och sammanhållen vård, rehabilitering och omsorg. Sjukhusmiljön är inte heller optimal när det gäller allmänt välbefinnande och tillfrisknande när den diagnostik och behandling som kräver sjukhusets resurser är avslutad. Sluten sjukhusvård är dessutom den vårdform

som innebär störst risker ur ett patientsäkerhetsperspektiv, detta gäller t.ex. infektioner. Att minska vårdtiderna handlar även om effektivt resursutnyttjande eftersom slutenvård på sjukhus är den mest kostnadskrävande vårdformen. Det finns idag ett stort behov av att inom slutenvården frigöra resurser, särskilt i form av vårdplatser.

Det är således angeläget att skapa förutsättningar för att patienter i slutenvården, som inte längre behöver sjukhusvård men som behöver insatser från den kommunala vården, så snabbt som möjligt kan få fortsatt vård och omsorg i det egna hemmet eller inom olika former av särskilda boenden. Detta ställer i sin tur krav på ett väl utvecklat och fungerande samarbete mellan kommuner och landsting. Det kan också komma att ställa krav på nya typer av vårdformer, som drivs i nära samverkan mellan de båda huvudmännen.

Tillgång till data om utskrivningsklara patienter

Mot bakgrund av Patientsäkerhetsöverenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting har sedan 2012 mätningar av antalet överbeläggningar och antalet utlokaliseringar i vården rapporterats till en nationell databas. För 2014 kommer även utskrivningsklara patienter att inkluderas i rapporteringen på nationell nivå. Det kommer därmed att under 2014 bli möjligt att följa förekomsten av utskrivningsklara patienter liksom att med större säkerhet beräkna kostnaderna för vårdinsatser relaterade till dessa patienter.

Uppdraget

En särskild utredare ska utses med uppdraget att göra en översyn av betalningsansvarslagen med särskild inriktning på förutsättningarna för att patienter i slutenvård som bedöms utskrivningsklara och som behöver fortsatta insatser från den kommunala vården så snabbt som möjligt kan ges fortsatt vård och omsorg i det egna hemmet eller inom särskilt boende. Syftet med översynen är att åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan slutenvård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende

kan hållas så korta som möjligt och onödigt vistelse på sjukhus så långt möjligt kan undvikas för utskrivningsklara patienter. En viktig utgångspunkt för översynen och utredarens förslag ska vara att precisera – och därmed förbättra – formerna för samverkan mellan huvudmännen. Översynen bör omfatta både somatisk, geriatrisk och psykiatrisk vård.

Utredaren bör analysera de processer som finns och bör finnas för att stödja en så snabb övergång av ansvaret för vård och omsorg av utskrivningsklara patienter som möjligt, bl.a. vad gäller rutiner för samverkan och krav på dokumentation, m.m. Översynen bör också omfatta tidsgränsen innan kommunens betalningsansvar för vårdinsatserna för dessa patienter inträder. Dessutom bör utredaren överväga om åtgärder på kort sikt kan vidtas för att förbättra samarbetet mellan landsting och kommuner när det gäller vårdinsatser för de aktuella patienterna. Utredaren ska lämna förslag till de författningsändringar som bedöms nödvändiga.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa konsekvensbeskrivningar av förslagen för kommuner, landsting, enskilda utförare, staten samt samhällsekonomin. Om förslag lämnas till regeringen som påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, landstingen, kommunerna eller enskilda ska utredaren kartlägga och redovisa ekonomiska och andra konsekvenser av förslagen.

Om förslagen förväntas få ekonomiska effekter på den offentliga ekonomin ska samordnaren också föreslå hur dessa ska finansieras. Om något av förslagen påverkar det kommunala självstyret ska dess konsekvenser och de särskilda avvägningar som har föranlett förslaget redovisas. För det fall utredaren föreslår ny eller ändrad lagstiftning ska fullständiga författningsförslag lämnas. Utredaren ska redovisa konsekvenserna för jämställdheten mellan kvinnor och män av sina förslag. Om individbaserad statistik används ska den presenteras och analyseras efter kön, om det inte finns särskilda skäl mot detta.

Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren bör samråda med landsting och kommuner, företrädare för professionerna, berörda myndigheter och utredningar samt patientorganisationer. Utredaren ska särskilt beakta arbetet inom utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (dir. 2013:104). Utredaren ska vidare beakta de förslag till ändringar i betalningsansvarslagen för patienter inom den psykiatriska tvångsvården, som lämnats av Psykiatrilagsutredningen i betänkandet Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17). Erfarenheter från andra länder ska beaktas, särskilt Norge och Danmark som genomfört närliggande förändringar under de senaste åren.

Uppdraget ska redovisas senast den 27 februari 2015.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2015

Kronologisk förteckning

1. Deltagande med väpnad styrka i utbildning utomlands. En utökad beslutsbefogenhet för regeringen. Fö.
2. Värdepappersmarknaden MiFID II och MiFIR. + Bilagor. Fi.
3. Med fokus på kärnuppgifterna. En angelägen anpassning av Polismyndighetens uppgifter på djurområdet. Ju.
4. Ett svenskt tonnageskattesystem. Fi.
5. En ny svensk tullagstiftning. Fi.
6. Mer gemensamma tobaksregler. Ett genomförande av tobaksprodukt-direktivet. S.
7. Krav på privata aktörer i välfärden. Fi.
8. En översyn av årsredovisningslagarna. Ju.
9. En modern reglering av järnvägstransporter. Ju.
10. Gränser i havet. UD.
11. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2015. Kontroll, dokumentation och finansiering för ökad säkerhet. M.
12. Överprövning av upphandlingsmål m.m. Fi.
13. Tillämpningsdirektivet till utstationeringsdirektivet – Del I. A.
14. Sedd, hörd och respekterad. Ett ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården. S.
15. Attraktiv, innovativ och hållbar – strategi för en konkurrenskraftig jordbruks- och trädgårdsnäring. N L.
16. Ökat värdeskapande ur immateriella tillgångar. N.
17. För kvalitet – Med gemensamt ansvar. S.
18. Lösöreköp och registerpant. Ju.
19. En ny ordning för redovisningstillsyn. Fi.
20. Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård. S.

Statens offentliga utredningar 2015

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Tillämpningsdirektivet till
utstationeringsdirektivet – Del I [13]

Finansdepartementet

Värdepappersmarknaden
MiFID II och MiFIR. + Bilagor [2]
Ett svenskt tonnageskattesystem. [4]
En ny svensk tullagstiftning. [5]
Krav på privata aktörer i välfärden. [7]
Överprövning av upphandlingsmål m.m.
[12]
En ny ordning för redovisningstillsyn. [19]

Försvarsdepartementet

Deltagande med väpnad styrka
i utbildning utomlands. En utökad
beslutsbefogenhet för regeringen. [1]

Justitiedepartementet

Med fokus på kärnuppgifterna. En ange-
lägen anpassning av Polismyndig-
hetens uppgifter på djurområdet. [3]
En översyn av årsredovisningslagarna. [8]
En modern reglering
av järnvägstransporter. [9]
Lösöreköp och registerpant. [18]

Miljö- och energidepartementet

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2015.
Kontroll, dokumentation och finansie-
ring för ökad säkerhet. [11]

Näringsdepartementet

Attraktiv, innovativ och hållbar – strategi
för en konkurrenskraftig jordbruks-
och trädgårdsnäring. [15]
Ökat värdeskapande ur immateriella
tillgångar. [16]

Socialdepartementet

Mer gemensamma tobaksregler.
Ett genomförande av tobaks-
produkt direktivet. [6]
Sedd, hörd och respekterad. Ett
ändamålsenligt klagomålssystem
i hälso- och sjukvården. [14]
För kvalitet – Med gemensamt ansvar. [17]
Trygg och effektiv utskrivning från slutna
vård. [20]

Utrikesdepartementet

Gränser i havet. [10]