



REGERINGSKANSLIET

Remiss

2015-03-24

S2015/1650/FS

Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

STOCKHOLMS STAD	
Kommunstyrelsen	
Registraturet	
Ink.	2015-03-27
Dnr:	110-556/2015
Tit:	201

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 Pensionärers 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 återopas.

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 slutenvård

*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 onödig 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 slutna 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	Volymer och kostnader – utskrivningsklara patienter	73
4.1	Det är svårt att beräkna volymer 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	Volymen 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 flexibla 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 sluten 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 onödigt 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 psykiatri 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 sluten hälso- 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 mot 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 arbetsätt. 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 vård 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 frist dagar 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 frist dagar 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 psykiatrireformerna.

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.