

På väg

Delrapport om genomförandet av lagen
om samverkan vid utskrivning
från slutenvården



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.varदानalysis.se

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: Getty Images International

Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri

ISBN 978-91-87213-93-9



På väg

Delrapport om genomförandet av lagen
om samverkan vid utskrivning från slutenvården

Beslut om den här rapporten har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Carl Lundgren har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Marianne Svensson och analyschefen Cecilia Stenbjörn deltagit.

Stockholm 2018-11-06

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Karin Tengvald
Vice styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Håkan Ceder
Styrelseledamot

Hans Winberg
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Carl Lundgren
Föredragande

Förord

Det är väl känt att det finns samverkansproblem i vård- och omsorgskedjan för personer som skrivs ut från slutenvården och behöver fortsatta insatser från hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård har som målsättning att patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna den på ett tryggt sätt. Lagen är ett av många verktyg som ska främja en bättre samordning av hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån patienternas behov.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har i uppdrag av regeringen att följa genomförandet av den nya lagen med särskilt fokus på det utvecklingsarbete som bedrivs på olika nivåer i landet samt lagens effekter för patienter och verksamheter. Den här rapporten är en delredovisning av uppdraget. Arbetet har letts av Carl Lundgren. I projektgruppen har också Kerstin Gunnarsson, Linda Hörnqvist, Maria Paulsson och Timothy Hallgren ingått.

Vi vill rikta ett varmt tack till alla samordnare och andra företrädare för landsting och kommuner samt patient- och brukarföreträdare som bidragit till vårt arbete. Vi vill också rikta ett särskilt tack till IngaLill Karlström (Östersunds kommun), Anette Strömberg Persson (Region Jämtland Härjedalen), Louise Roberts (Region Skåne), Titti Gohed (Kommunförbundet Skåne) samt Jan-Olov Strandell, Maj Rom, Helena Henningson, Mikael Malm och Greger Bengtsson (Sveriges Kommuner och Landsting) som har bidragit med underlag och anordnat och deltagit i möten i samband med vår uppföljning av lagen.

Stockholm november 2018

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Sammanfattning

Flera studier har visat att en av de största utmaningarna för Sveriges jämförelsevis goda vård- och omsorgssystem är att skapa en fungerande samordning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Inom flera områden uppvisar Sverige sämre resultat än andra jämförbara länder när patienter tillfrågas om hur samordningen fungerar. En bristande samordning leder ofta till en försämrad upplevelse för patienten, och i vissa fall en kvalitativt sämre vård eller socialtjänst och ökade kostnader.

Utmaningarna med att skapa en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst för personer som skrivs ut från slutenvården har bland annat resulterat i en ny lag – lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Lagen är också fokus för den här rapporten.

Lagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Lagen ska särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Bland de som vårdas inom slutenvården finns grupper som av olika skäl kan ha nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg, till exempel multisjuka äldre, och personer med psykisk ohälsa, missbruk eller demensdiagnoser. De kan ha stora och komplexa behov av samordning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Den nya lagen tydliggör att verksamheter inom socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården måste påbörja planeringen inför patientens utskrivning från den slutna vården i ett tidigt skede. Därför måste den slutna vården underrätta berörda enheter om patientens inskrivning inom

24 timmar. En annan förändring är att tidsfristen för kommunens betalningsansvar har kortats från fem till tre dagar, om inte kommuner och landsting har kommit överens om annat. I lagen finns även en bestämmelse om att landstingets öppna vård ska bli sammankallande för samverkan och planering av patientens fortsatta vård utanför sjukhuset. Genom lagen betonas också vikten av att redan befintliga krav på fast vårdkontakt och samordnad individuell plan, så kallad SIP, ska tillämpas vid samverkan vid utskrivning från slutna vård även om förutsättningarna skiljer sig något mellan olika bestämmelser.

VI FÖLJER UPP GENOMFÖRANDET AV LAGEN

Vårdanalys har regeringens uppdrag att särskilt analysera landstingens och kommunernas utvecklingsarbete med utskrivningsprocessen samt effekterna av lagstiftningen för huvudmännen och patienterna. Den här rapporten är en delredovisning av uppdraget, och redovisar en kartläggning av nuläget, som en grund för den fortsatta uppföljningen. I den här fasen är det för tidigt att dra slutsatser om effekterna av lagen eller dess ändamålsenlighet. Vi kommer att analysera frågorna i slutredovisningen av uppdraget i april 2020.

Vi har strukturerat vår analys utifrån ett programteoretiskt ramverk för att med utgångspunkt i en beskrivning av nuläget vid införandet av lagen förstå sambandet mellan lagstiftning, utvecklingsarbeten, mål och effekter. I arbetet med den här uppföljningen har vi genomfört dokumentstudier, dataanalyser, workshoppar och enkäter riktade till representanter för patient-, brukar-, anhörig- och pensionärsorganisationer samt samordnare för landsting och kommuner, företrädare för psykiatrin och personal inom kommuner och landsting.

RESULTAT

Nationella, regionala och lokala utvecklingsarbeten pågår

Ett brett utvecklingsarbete har bedrivits av landsting, kommuner och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att stödja införandet av den nya lagen. Kommuner och landsting har bedrivit utvecklingsarbete inom fyra huvudsakliga områden: information till och utbildning av personalen, införande och utveckling av it-system samt införande av nya rutiner och processer. En stor del av arbetet har genomförts under 2017 och 2018, men det finns också insatser som pågår eller planeras. Vår studie visar att patient-, brukar-, anhörig- och pensionärsorganisationer har involverats i

utvecklingsarbetet på regional och lokal nivå, framför allt i planeringsstadiet. Överenskommelser och riktlinjer har tagits fram i de flesta län. De har bland annat haft som syfte att reglera betalningsansvar och att konkretisera ansvarsfördelning och rutiner mellan och inom kommuner och landsting. Majoriteten län utgår från den nya lagens skrivningar för när kommunens betalningsansvar ska inträda (3 dagar), och använder en så kallad genomsnittsmodell för utformningen av betalningsansvaret.

Regeringen beviljade under 2017 och 2018 totalt 24 miljoner till SKL och till kommuner och landsting för utvecklingsarbete och stöd till införandet av lagen. Drygt en femtedel av medlen fördelades till SKL och resten till kommuner och landsting. SKL har bland annat inriktat sitt utvecklingsarbete på att ge stöd till kommuner och landsting vid framtagande av de överenskommelser och riktlinjer samt till mötesplatser för erfarenhetsutbyte mellan länen.

Samordnare i kommunerna och landstingen är positiva till stödet från SKL och till de statliga stimulansmedlen. Men de efterfrågar även andra nationella insatser, bland annat för att stödja gemensam utveckling av it-system, mer enhetlig statistik och uppföljning, stöd för att hantera och tolka lagstiftning som rör delad patientinformation samt fortsatta nationella stimulansmedel till både kommuner och landsting för att främja gemensamma aktiviteter och mötesplatser.

Vårdtiden som utskrivningsklar har minskat men det finns problem med statistiken

För att beskriva utgångsläget vid införandet av lagen har vi utgått från den nationella statistik som är tillgänglig och relevant för vårt uppdrag. Vi har följt upp hur länge patienter väntar från att de har bedömts vara utskrivningsklara till dess att de skrivs ut från slutenvården. Under 2018 ser vi en minskning i riket totalt för den somatiska slutenvården. För den psykiatriska vården varierar vårdtiden som utskrivningsklar över tid och bortfallet är stort. Det är därför svårt att dra slutsatser om trenden i riket för psykiatrin. Inom psykiatrin är det även få vårdtillfällen i flera län, vilket gör resultatet särskilt känsligt för långa respektive korta vårdtider. För såväl den somatiska som den psykiatriska vården är spridningen stor i antal dagar som patienter är utskrivningsklara både mellan och inom länen.

Vår analys visar att det finns problem i den nationella statistiken som rör indikatorn "vårdtid som utskrivningsklar". Dels finns det ett bortfall i inrapporteringen till SKL:s väntetidsdatabas från landsting och kommuner, dels omfattar denna statistik inte patienter som skrivs ut samma dag som de

bedöms vara utskrivningsklara. Vår analys väcker frågor om datamaterialets representativitet för att följa utvecklingen på nationell nivå och analysera geografiska skillnader. Det gäller särskilt utvecklingen inom psykiatrin.

Sammantaget ser vi därför ett behov av en översyn av definitionen av indikatorn och en analys av de data som rapporteras in till SKL. De osäkerheter som finns behöver också synliggöras och diskuteras, inte minst då det är ett stort fokus på vårdtid som utskrivningsklar i uppföljningen av lagen. Diskussioner pågår mellan SKL och landsting och kommuner om hur statistiken kan utvecklas.

Brist på nationella data försvårar uppföljningen av lagen

Vi kan konstatera att det saknas statistik på nationell nivå för att göra en mer heltäckande uppföljning av den nya lagen, både ur ett patient- och verksamhetsperspektiv. Vi har kartlagt befintliga datakällor, exempelvis kvalitetsregister, Webbkollen och den Nationella Patientenkäten (NPE) för att undersöka möjligheterna att följa upp lagen ur ett patient-, brukar- och anhörigperspektiv. Kartläggningen visar att det saknas representativa nationella data för att följa upp hur vården och omsorgen vid utskrivning fungerar för patienter och brukare. I några av datakällorna är frågorna relevanta för vår uppföljning, men täckningsgraden är låg. För andra datakällor gäller det motsatta, täckningsgraden är hög men frågorna är inte relevanta. Vår kartläggning visar också att det saknas statistik på nationell nivå för att följa upp flera av lagens delmoment, till exempel om en SIP har gjorts eller om en fast vårdkontakt har tillsatts.

I vår enkät till samordnare för landsting och kommuner har vi ställt frågor om uppföljningen av lagen. Av de samordnare som har svarat på enkäten anger de flesta att lagens bestämmelser följs upp lokalt och regionalt, även om uppföljningen kan variera mellan de olika bestämmelserna i lagen. Några samordnare anger att utvecklingen av nya it-stöd försvårar eller till och med hindrar uppföljningen av lagen. Sammanfattningsvis ser vi ett behov av att stärka tillgången till data på nationell nivå för att kunna följa upp den nya lagen.

Det behövs fördjupade analyser av patienters och brukares syn på lagen

Vi har i en enkät riktad till Pensionärernas riksförbund (PRO), SPF Seniorerna och Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) följt upp kännedomen om lagen samt möjligheter och främjande faktorer kring genomförandet av lagen utifrån patienters, brukares och anhörigas perspektiv.

Svarsfrekvensen i vår enkät är mycket låg, vilket innebär att resultaten inte är representativa och måste tolkas med försiktighet. Av de svar som vi har fått in framgår att även om flera av de svarande inte känner till lagen i sig känner de till enskilda beståndsdelar, exempelvis fast vårdkontakt och samordnad individuell planering. Vi behöver fortsätta fånga och följa upp patienters, brukares och anhörigas uppfattningar och erfarenheter i vår slutrapport.

Både utmaningar och faktorer som främjar genomförandet av lagen

Vi har frågat samordnare för kommuner och landsting, företrädare för psykiatri och personal inom kommuner och landsting om hur de ser på lagens utformning och vilka utmaningar och främjande faktorer de ser för införandet av lagen och möjligheterna att uppnå dess mål. Det finns överlag en uppfattning inom kommuner och landsting om att lagen som helhet, liksom lagens intentioner och syfte är tydligt formulerad. Men det finns också delar av lagen som de tycker är mer otydliga och öppna för tolkning. Till exempel uppfattas lagen ge stort tolkningsutrymme kring när och för vilka grupper en SIP ska göras.

Det finns en relativt stor samsyn i kommuner och landsting om vilka faktorer som påverkar lagens införande och förutsättningar för måluppfyllelse. Faktorerna är både specifikt kopplade till den nya lagens olika delar, men också beroende av mer övergripande förutsättningar som rör exempelvis styrning, organisering, ledning, kultur och kunskap.

En viktig faktor som enligt samordnarna kan främja införandet och uppfyllelsen av den nya lagen är att etablerade och fungerande samverkansstrukturer finns på plats. Därutöver beskrivs fungerande och ändamålsenliga it-system, tydliga riktlinjer och ekonomisk reglering, gemensamma utbildningar samt kompetens och engagemang i alla led som främjande för införandet och måluppfyllelse av den nya lagen.

Svårigheter att uppfylla vissa moment i den nya lagen utgör centrala hinder. Framförallt är det svårt att så tidigt i processen bedöma utskrivningsdatum och planera för patientens insatser vid utskrivning. Genomförande av en SIP uppfattas också vara svårt. Informationsöverföring mellan och inom huvudmännen är en annan central utmaning. Det finns också utmaningar som rör bemanning, särskilt under helgdagar. Inom psykiatri finns särskilda utmaningar, exempelvis brist på lämpliga och anpassade boenden, avsaknad av mellanvårdsformer samt brister i den psykiatriska öppenvården och dess samverkan med bland annat slutenvården.



BRED GENOMLYSNING AV PROCESSER OCH EFFEKTER BEHÖVS

Vi ser behov av en bred genomlysning av såväl processerna som effekterna av den nya lagen. I slutrapporten kommer vi därför att fördjupa vår analys av utskrivningsprocesserna från slutet somatisk och psykiatrisk vård till fortsatta insatser i öppen vård och kommunal vård och socialtjänst. Vi kommer studera hur lagen har genomförts i kommuner och landsting och vilka effekter lagstiftningen har på utskrivningsprocessen samt förutsättningarna för att nå målen med lagen. Vi kommer också att lämna rekommendationer till regeringen och huvudmännen om hur samverkan vid utskrivning kan utvecklas. Tre övergripande områden kommer att vara i fokus för den fortsatta uppföljningen:

Vilken betydelse har utvecklingsarbetet i landstingen och kommunerna för genomförandet av lagen?

I vår fortsatta uppföljning kommer vi fördjupa vår analys av utvecklingsinsatserna och dess betydelse för genomförandet av lagen. Uppföljningen kommer även fortsättningsvis att fokusera på både den nationella, den regionala och den lokala nivån.

Vilka är effekterna av lagen?

I vår fortsatta uppföljning kommer vi studera effekterna av lagstiftningen för patienter och huvudmän. Vi kommer att fortsätta att identifiera vilka effekter som kan följas på kortare respektive på längre sikt.

I den allmänna diskussionen om lagens effekter är det i dag ett stort fokus på processer och ledtider, främst inom slutenvården. Vi vill därför bredda analysen och fördjupa oss i effekterna av lagen för patienter, brukare och anhöriga samt för verksamheter inom den öppna vården och socialtjänsten. Vi kommer att göra en fördjupning i samverkan vid utskrivning för särskilt utsatta grupper, exempelvis barn och unga och patienter som vårdas inom rättspsykiatri.

I den här delrapporten har vi visat att tillgången till data på nationell nivå ger begränsade möjligheter att följa upp lagen. Vår utgångspunkt för den fortsatta uppföljningen är att med hjälp av huvudmännen undersöka möjligheterna att fördjupa oss i regionala och lokala datakällor om det saknas data på nationell nivå. Vår ambition är även att delta i och stödja en utveckling av nya data och indikatorer som kan användas för att spegla patienters, brukares och anhörigas erfarenheter av vård och omsorg vid utskrivning från slutet vård.

Vilka faktorer främjar eller hindrar lagens måluppfyllelse?

Vi har hittills ringat in ett antal faktorer som patienter, personal och verksamhetsföreträdare har identifierat som utmaningar och främjande för genomförandet av lagen. Vi kommer att fördjupa vår analys av dessa faktorer och hur de påverkar möjligheterna att uppnå målen med lagen. I den här analysen blir det viktigt att även fortsättningsvis skilja på vilka faktorer som specifikt är kopplade till lagens olika delar och vilka faktorer som är kopplade till mer övergripande förutsättningar som till exempel rör organisation, styrning och informationsöverföring.





Innehåll

1	Inledning.....	19
1.1	Ny lag ska underlätta samordningen efter utskrivningen	20
1.2	Lagen ska främja god vård och en socialtjänst av god kvalitet efter utskrivning	21
1.3	Vårdanalys följer genomförandet av lagen.....	21
1.4	Programteoretiskt analysramverk utgör grunden för uppföljningen.....	23
1.5	Så har vi gått till väga	24
1.6	Rapportens disposition	25
2	Lagens innehåll och syfte	29
2.1	Bakgrund	30
2.2	Lagens mål och syfte	31
2.3	Inför och vid utskrivning av patienten	35
2.4	Landsting och kommuner ska samverka om patientens individuella planering.....	45
2.5	Kommunen har betalningsansvar.....	50
2.6	Särskilt om sekretess.....	53
2.7	Övergångsbestämmelser gäller under 2018.....	55
3	Landstingens och kommunernas utvecklingsarbete	59
3.1	Nationellt stöd genom statliga stimulansmedel för att stödja införandet av lagen	60
3.2	Positiv uppfattning om det nationella stödet hos kommun- och landstingssamordnare.....	62
3.3	Kommuner och landsting har bedrivit ett brett utvecklingsarbete	65
3.4	Överenskommelser finns i de flesta län	72



3.5	Så utformas kommunernas betalningsansvar i överenskommelserna	74
3.6	Riktlinjer konkretiserar rutiner, ansvar och roller	78
4	Utgångsläget vid införandet av lagen.....	83
4.1	1,1 miljoner patienter skrevs ut från slutenvården 2014	84
4.2	Vårdtid som utskrivningsklar minskade under 2018 för den somatiska vården men det finns problem med statistiken	87
4.3	Andelen återinskrivningar i riket varierar mellan 17 till 22 procent	105
4.4	Vi kommer i slutrapporten titta på vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter.....	107
4.5	Vi analyserar inte undvikbar slutenvård	108
5	Vad tycker olika representanter om den nya lagen?	113
5.1	Vad tycker representanter för patienter, brukare, anhöriga och pensionärer om den nya lagen?	114
5.2	Vad tycker samordnare för kommuner och landsting och företrädare för psykiatrin om den nya lagen?.....	118
6	Möjligheter till fortsatt uppföljning av den nya lagen.....	135
6.1	Nationella data saknas för uppföljningen av flera delar av lagen	136
6.2	Nationella data saknas för uppföljning av lagen ur ett patientperspektiv.....	137
6.3	Landsting och kommuner följer upp lagen	139
7	Inriktningen på den fortsatta uppföljningen	145
7.1	Förutsättningarna för uppföljning behöver stärkas	145
7.2	Fokus på utvecklingsarbete, effekter och måluppfyllelse.....	146
8	Referenser	149
	Bilagor	153
	Bilaga 1. Så har vi gått till väga.....	153
	Bilaga 2. Överenskommelser för betalningsansvar	159



Inledning

För att utskrivning från slutenvården ska fungera väl krävs att hälso- och sjukvården och socialtjänsten samverkar om den fortsatta planeringen och de fortsatta insatserna. Det gäller inte minst för patienter med stora och komplexa samordningsbehov som av olika skäl kan ha nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg, till exempel multisjuka äldre, personer med psykisk ohälsa, missbruk eller demensdiagnoser. En bristande samordning leder ofta till en försämrad upplevelse för patienten och i vissa fall också till en kvalitativt sämre hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Bristerna kan också leda till ökade kostnader, bland annat på grund av att behandlingar eller undersökningar behöver upprepas i onödan. När hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte samordnar sina insatser, läggs också en stor del av den samordnande rollen på patienten, brukaren eller närstående (Vårdanalys 2014).

Flera studier har visat att en av de största utmaningarna för Sveriges jämförelsevis goda vård- och omsorgssystem är att skapa en fungerande samordning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Inom flera områden uppvisar Sverige sämre resultat än andra jämförbara länder när patienter tillfrågas om hur samordningen fungerar. I den internationella IHP-undersökningen (International Health Policy Survey) framkommer att svenska patienter anser att de inte får tillräcklig hjälp att koordinera och planera sin vård, att de är missnöjda med informationsöverföring mellan ordinarie läkare och specialistläkare och att det är ovanligt att ha fast läkarkontakt eller fast vårdkontakt (Vårdanalys 2016).



1.1 NY LAG SKA UNDERLÄTTA SAMORDNINGEN EFTER UTSKRIVNINGEN

Utmaningarna med att skapa en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst har resulterat i olika utvecklingsinitiativ på nationell, regional och lokal nivå. Till exempel har kommuner och landsting infört nya organisationsformer, som gemensamma nämnder och kommunalförbund, eller nya arbetssätt som multiprofessionella team. Flera utredningar har också fokuserat på att analysera och lämna förslag till en förbättrad samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I februari 2014 initierades utredningen om betalningsansvarslagen (S 2014:05). Enligt utredningens direktiv skulle en översyn göras av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, förkortad betalningsansvarslagen. Syftet med översynen var att åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan slutenvård på sjukhus och vård och omsorgsinsatser enligt socialtjänstlagen 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.

Utredningen föreslog i sitt betänkande *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård* (SOU 2015:20) att betalningsansvarslagen skulle upphävas och ersättas med en ny lag – lagen om samverkan vid utskrivning från sjukhus. Betalningsansvarslagen ansågs inte ge tillräckliga incitament för kortare väntetider och vårdplaneringsprocessen ansågs inte vara anpassad efter de arbetssätt och behov som finns idag (SOU 2015:20). Utredningen såg flera skäl till varför patienter som vårdas inom slutenvården bör skrivas ut så snabbt som möjligt när de har bedömts vara utskrivningsklara. På grund av en hög infektionsrisk är slutenvården den vårdform som innebär störst risker ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Ju snabbare en patient kan lämna sjukhuset, desto snabbare kan omsorgs- och rehabiliteringsinsatser påbörjas. Genom att korta vårdtiden inom slutenvården frigörs vårdplatser till de patienter som har störst behov. En minskning av vårdtiderna inom slutenvården skapar även förutsättningar för ett mer effektivt resursutnyttjande, eftersom slutenvård är den mest kostnadskrävande vårdformen (SOU 2015:20).

Utredningens förslag har utgjort grunden för lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård (fortsättningsvis kallad LoSUS eller ”den nya lagen”) som trädde i kraft den 1 januari 2018 och som är fokus för den här uppföljningen.

1.2 LAGEN SKA FRÄMJA GOD VÅRD OCH EN SOCIALTJÄNST AV GOD KVALITET EFTER UTSKRIVNING

Syftet med den nya lagen är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Lagen ska främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Lagen innehåller bestämmelser om:

- inskrivningsmeddelande
- fast vårdkontakt i den öppna vården
- planering inför patientens utskrivning
- underrättelse om att en patient är utskrivningsklar
- informationsöverföring vid utskrivning
- information till patienten
- samordnad individuell planering
- riktlinjer och överenskommelser
- kommuners betalningsansvar
- övergångsbestämmelser.

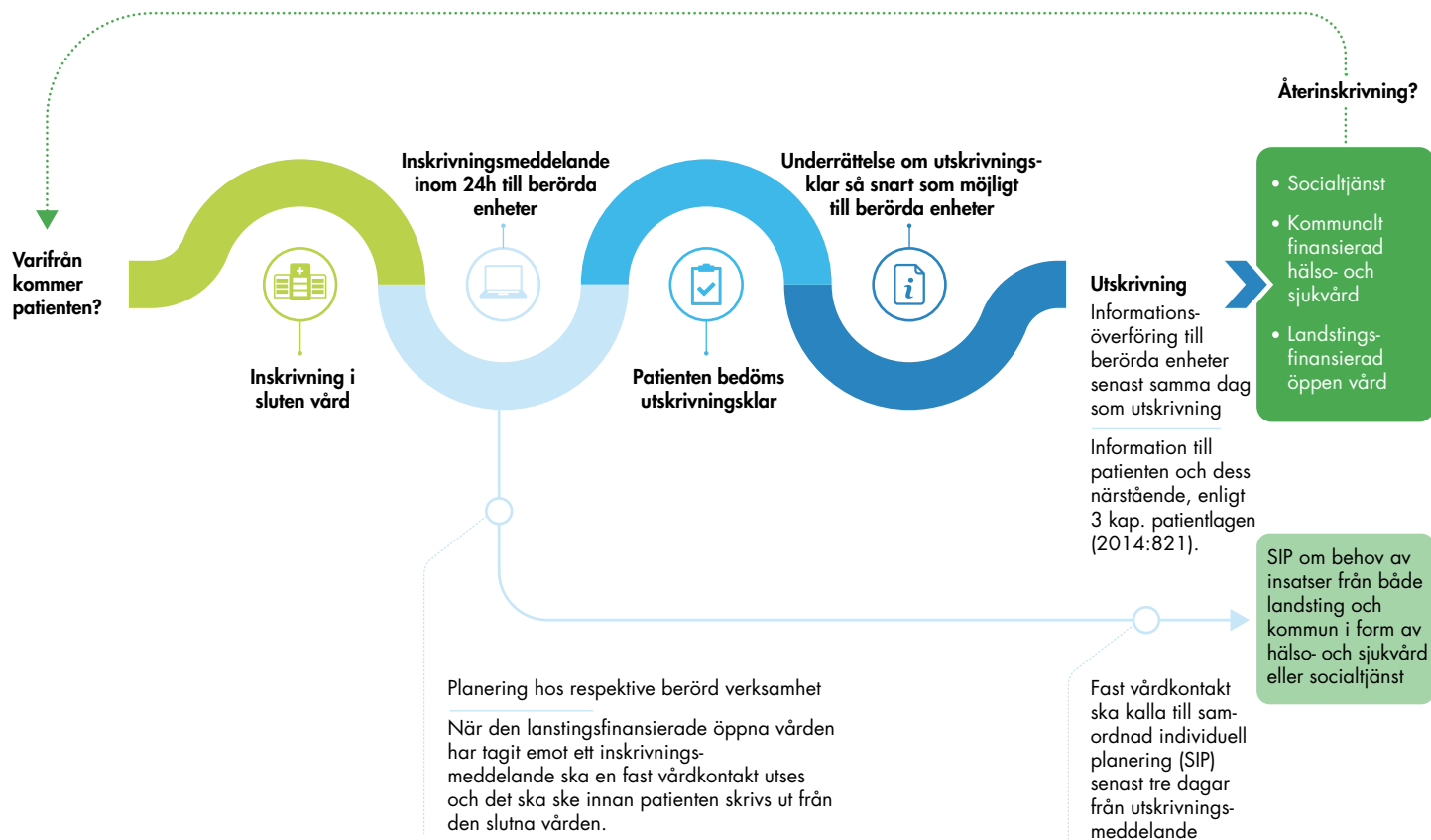
Figur 1 (se nästa sida) visar en översiktlig processbild som beskriver de olika bestämmelserna i den nya lagen från inskrivning till utskrivning. I kapitel 2 fördjupar vi oss ytterligare i lagens utformning samt i likheterna och skillnaderna med betalningsansvarslagen.

1.3 VÅRDANALYS FÖLJER GENOMFÖRANDET AV LAGEN

I september 2017 fick Vårdanalys i uppdrag av regeringen att följa genomförandet av den nya lagen. Inom ramen för uppdraget ska vi analysera landstings och kommuners utvecklingsarbete med utskrivningsprocessen samt effekter av lagstiftningen för huvudmännen och för patienterna. Uppföljningen ska enligt regeringsuppdraget göras för att regeringen ska kunna följa arbetet med att genomföra lagen samt för att säkerställa att lagstiftningen får den effekt som regeringen önskar. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 april 2020. I uppdraget ingår också att lämna en delredovisning som utgörs av denna rapport (Regeringen 2017).



Figur 1. Översikt över de olika delarna av lagen.

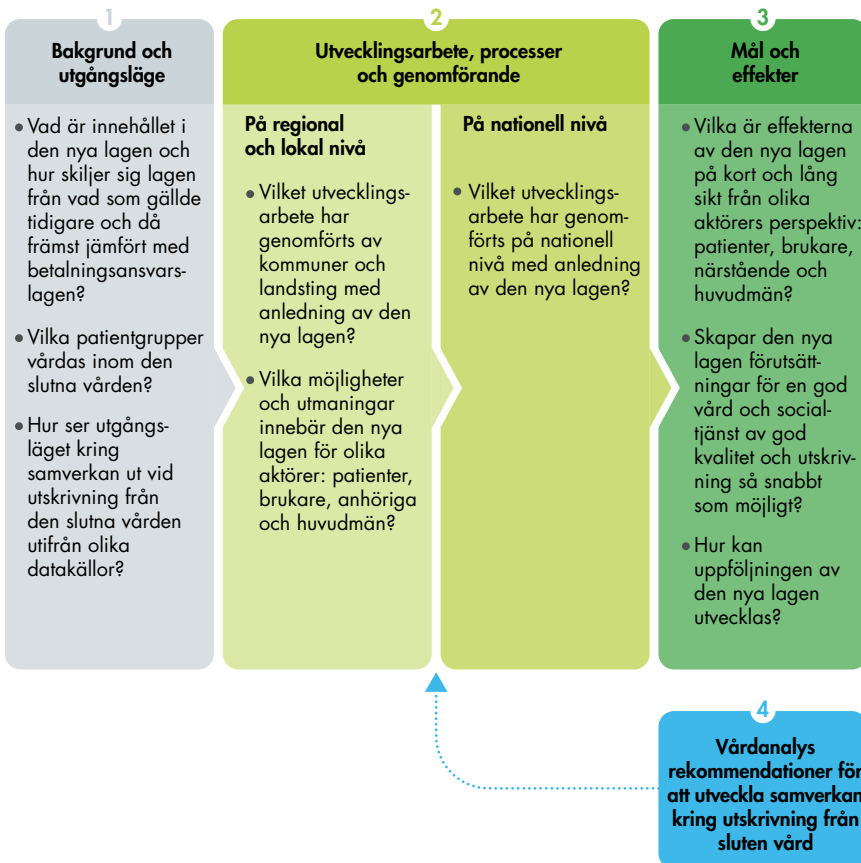


1.4 PROGRAMTEORETISKT ANALYSRAMVERK UTGÖR GRUNDEN FÖR UPPFÖLJNINGEN

Som grund för vår uppföljning har vi utgått från ett programteoretiskt analysramverk (se figur 2). Syftet med programteorin är att på ett systematiskt sätt beskriva olika aktörers roller, förutsättningar, genomförande och effekter, för att skapa en förståelse för sambandet mellan insatser, mål och effekter (Andersson 2009, Ekonomistyrningsverket 2016). Med utgångspunkt i programteorin har vi strukturerat upp vår analys utifrån

1. bakgrund och utgångsläge vid införandet av lagen
2. utvecklingsarbete, processer och genomförande på lokal, regional och nationell nivå
3. mål och effekter av lagstiftningen
4. Vårdanalys rekommendationer för att utveckla samverkan vid utskrivning från den slutna hälso- och sjukvården.

Figur 2. Vårt programteoretiska analysramverk för att följa lagens genomförande.



Med hjälp av ramverket identifierar vi även faktorer som stödjer respektive hindrar uppfyllelsen av målen med lagen. Kopplat till ramverket har vi även definierat ett antal övergripande frågor (se figur 2).

Fokus för den här delrapporten är steg 1 och 2 i ramverket. Det innebär att vi analyserar och kartlägger bakgrund och utgångsläge, nuläget under 2018 i landstings och kommuners utvecklingsarbete, processer och genomförande samt möjligheter och utmaningar med lagen utifrån patienternas, de närståendes och huvudmännens perspektiv. De övriga delarna ingår i den slutrapport vi ska överlämna till regeringen den 1 april 2020.

1.5 SÅ HAR VI GÅTT TILL VÄGA

Under arbetet med delrapporten har vi använt både kvalitativa och kvantitativa metoder. Vi har analyserat statistik, kartlagt och analyserat dokument samt genomfört intervjuer, workshoppar och enkätstudier riktade till representanter för patient-, brukar-, anhörig- och pensionärsorganisationer samt till samordnare för kommuner och landsting i respektive län, företrädare för landstingets psykiatri och personal inom verksamheterna.

Under perioden augusti till september 2018 genomförde vi en enkätundersökning med personer som representerar patient-, brukar- anhörig- och pensionärsorganisationer: Pensionärernas riksförbund (PRO), SPF Seniorerna och Riksförbundet för Mental och Social Hälsa (RSMH). Syftet var att fånga deras erfarenheter och uppfattningar om den nya lagen. Vi kan konstatera att den totala svarsfrekvensen är låg. Bara 22 av 74 tillfrågade representanter har svarat. Under perioden augusti till september 2018 genomförde vi också en enkätundersökning riktad till kommuner och landsting. Syftet var att kartlägga kommuners och landstings utvecklingsarbete och att fånga uppfattningar om lagen utifrån huvudmännens olika perspektiv. Vi vände oss till personer på regional nivå i kommuner och landsting som verkar som projektledare, utvecklingsledare och samordnare vid införandet av lagen. Vi omnämner dessa personer som *samordnare* i rapporten. Samordnarna har också deltagit i SKL:s nätverk för samverkan med anledning av den nya lagen och har därmed god överblick på området. Det finns ofta en samordnare för landstinget och en samordnare för kommunerna i länet. Vi har vänt oss till båda samordnarna i varje län för att fånga de två huvudmännens olika perspektiv.

Vi har också vänt oss till personer som företräder landstingens psykiatri via nätverket för ledning och styrning av psykiatrin som SKL samordnar. Dessa personer är företrädesvis chefer på olika nivåer inom psykiatrin.

Vi fick svar från samordnare i 18 av 21 landsting, svar från företrädare för psykiatri i 14 landsting och svar från samordnare för kommunerna i 10 av 21 län. De 10 kommunsamordnarna representerar tillsammans drygt hälften av landets kommuner. Den geografiska spridningen av svaren framgår av bilaga 1.

Vi har också genomfört intervjuer och workshoppar bland annat med samordnare och personal i kommuner och landsting i två län: Skåne och Jämtland/Härjedalen samt med företrädare för landstingens psykiatri. Vi har också genomfört explorativa intervjuer med bland annat PRO, RSMH, Neuroförbundet och Läkarförbundet. I metodbilaga 1 redogör vi närmare för hur vi gått tillväga. I inledningen till respektive kapitel beskriver vi även kortfattat vårt tillvägagångssätt.

1.5.1 Vi kartlägger nuläget men drar inga långtgående slutsatser

I den här delrapporten redovisar vi en kartläggning av nuläget som en grund för den fortsatta uppföljningen. Delrapporten innehåller därför inga långtgående slutsatser.

Samverkan vid utskrivning från slutenvården berör centrala processer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten som involverar många aktörer och processteg. För att avgränsa oss kommer vi att fokusera på att följa upp de processer som kopplar direkt till lagen.

1.6 RAPPORTENS DISPOSITION

I kapitel 2 redogör vi för den nya lagens utformning. I kapitel 3 beskriver vi landstingens och kommunernas utvecklingsarbete samt en kartläggning av de riktlinjer och överenskommelser som har tagits fram mellan kommuner och landsting. I kapitel 4 redovisar vi en analys av tillgängliga nationella data som beskriver utgångsläget vid införandet av lagen. Huvudfokus för kapitlet är analyser av indikatorerna ”vårdtid som utskrivningsklar” och ”återinskrivningar”. I kapitel 5 redovisar vi olika representanters syn på utmaningar och möjligheter med lagen och vilka faktorer som de anser påverkar lagens införande. I kapitel 6 redovisar vi en kartläggning av datakällor och indikatorer för den fortsatta uppföljningen av lagen. Rapporten avslutas med att i kapitel 7 beskriva den övergripande inriktningen på vår fortsatta uppföljning av lagens genomförande.





Lagens innehåll och syfte

I det här kapitlet beskriver vi kortfattat innehållet i den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (fortsättningsvis kallad LoSUS) och bestämmelsernas syfte. Vi belyser också den nya lagen i förhållande till vad som gällde tidigare och då främst till den tidigare betalningsansvarslagen (1990:1404) (BAL), för att åskådliggöra likheter och skillnader mellan tidigare regler och vad den nya lagen kan uppnå.

Syftet med den nya lagen är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården (1 kap. 1 § LoSUS).

De huvudsakliga förändringarna med den nya lagen är att det tydliggörs att verksamheter inom socialtjänst och öppen hälso- och sjukvård tidigt måste påbörja planeringen inför patientens utskrivning från den slutna vården. Av den anledningen måste den slutna vården underrätta berörda enheter om patientens inskrivning inom 24 timmar (2 kap. 3 § LoSUS).

En annan förändring är att om kommun och landsting inte kommer överens om tidsfrister och belopp för kommunens betalningsansvar, så gäller striktare tidsfrister än tidigare – nu tre dagar i stället för fem. I lagen finns även en bestämmelse om att landstingets öppna vård ska bli sammankallande för samverkan och planering av patientens fortsatta vård utanför sjukhuset (4 kap. 3 § LoSUS). Genom lagen betonas också vikten av att redan befintliga krav på fast vårdkontakt och samordnad individuell plan (SIP) ska tillämpas vid samverkan vid utskrivning från slutna vård, även om förutsättningarna skiljer sig något (se 16 kap. 4 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) och 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) (SoL)).



Det här kapitlet är strukturerat utifrån lagens uppställning. Den bygger på en kronologisk ordning som gäller från att en patient blir inskriven i slutenvård till dess att patienten blir utskriven och andra vårdinsatser tar vid. Vi inleder varje avsnitt med en informationsruta med den eller de paragrafer som avsnittet tar upp. Därefter beskriver vi bestämmelserna utifrån lagens förarbeten, och ger en bild av syftet och intentionerna med förändringarna i stort och skillnaderna jämfört med vad som gällde tidigare.

2.1 BAKGRUND

År 2014 beslutade regeringen om direktiv till en översyn av BAL (dir. 2014:27). Det fanns flera skäl till att göra en översyn. Bland annat menade regeringen att den medicintekniska utvecklingen hade bidragit till att en allt större del av hälso- och sjukvården numera kan genomföras i öppenvård. Dessa strukturella förändringar hade i sin tur lett till ett ökat behov av insatser inom landstingens primärvård och kommunernas socialtjänst och äldreomsorg. Regeringen ansåg också att det var angeläget att minska vårdtiden på sjukhusen.

Det övergripande syftet med översynen av BAL var därför att åstadkomma en god vård med minskade ledtider mellan slutenvården och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt kommunalt boende. På så sätt skulle den tid som den utskrivningsklara patienten vistas i slutenvården i onödan minska. En viktig utgångspunkt enligt direktivet var också att förbättra formerna för samverkan mellan de berörda huvudmännen både på lång och kort sikt (dir. 2014:27).

I översynen ingick även vissa mer specifika frågor. Ett exempel var att göra en översyn av tidsgränser innan kommunernas betalningsansvar för patientgruppen inträdde (dir. 2014:27).

Utredningen som genomförde översynen bedömde att det inte räckte med förändringar i den befintliga lagstiftningen, utan presenterade ett förslag till en helt ny lag i betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård* (SOU 2015:20). Lagförslaget togs sedan vidare genom propositionen *Samverkan vid utskrivning från slutenvård* (prop. 2016/17:106). Den 22 juni 2017 fattade riksdagen beslut om lagen, som sedan trädde i kraft sju månader senare den 1 januari 2018. Den nya lagen – lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård (nedan kallad LoSUS eller ”den nya lagen”) – ersatte därmed lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (BAL).

En ny lag bör ses i sitt sammanhang

Den nya lagen bör också ses i förhållande till övrig lagstiftning. LoSUS innehåller till exempel bestämmelser om sådant som i delar redan regleras på annat håll och som redan omfattar de patienter som är målgrupp för den nya lagen. Några exempel på det är bestämmelser om samordning och kontinuitet, fast vårdkontakt, samordnad individuell planering och informationskrav. Det finns förstås ytterligare krav i den samlade vård- och omsorgslagstiftningen som också ska efterlevas, för att huvudmännen ska kunna leverera en god vård och en socialtjänst av god kvalitet.

2.2 LAGENS MÅL OCH SYFTE

1 kap. Inledande bestämmelser

Lagens innehåll och tillämpningsområde

1 § I denna lag finns bestämmelser om

1. samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från slutenvård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården,
2. hur insatserna ska planeras för enskilda som efter utskrivning behöver insatser från flera berörda enheter inom de aktuella verksamheterna, och
3. kommunens betalningsansvar för vissa utskrivningsklara patienter.

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

Lagens syfte

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

(Källa: LoSUS)

I lagens inledande kapitel beskrivs bland annat syftet med lagen, som att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Här framgår även att utskrivningen från slutenvården ska ske så snart som möjligt efter att den behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar (1 kap. 2 § LoSUS).



Målet med den nya lagen är att patienter som inte längre behöver den slutna vårdens resurser och de specialistkompetenser som finns representerade där så snart som möjligt ska kunna lämna den slutna vården på ett tryggt sätt (prop. 2016/17:106). Även om detta inte går emot den gamla lagen så var den huvudsakliga avsikten med införandet av BAL snarare att stimulera utvecklingen mot moderna boende- och vårdformer och främja en effektiv resursanvändning inom vård och omsorg (prop. 1990/91:14).

Betänkandet till LoSUS konstaterade att BAL inte skapade tillräckligt tydliga incitament och verktyg för huvudmännen att åtgärda problem med bland annat väntetider för patienter vid förflyttning från slutenvården till öppenvård och socialtjänst. Det fanns också ett behov av att anpassa vårdplaneringsprocessen utifrån de arbetssätt och behov som finns idag. Betalningsansvarslagen var heller inte utformad på ett sätt så att den tillgodosåg en planering som på ett effektivt sätt höll samman de insatser som den enskilde patienten behöver efter utskrivningen från slutenvården (SOU 2015:20).

Avsnitten nedan redogör mer fördjupat för vad lagens syften är.

2.2.1 Lagen ska främja en god vård och socialtjänst av god kvalitet

Den nya lagen är avsedd att på ett bättre sätt än betalningsansvarslagen säkerställa en god vård i hälso- och sjukvården och god kvalitet i socialtjänsten. Kraven på en god vård innebär att hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)(HSL)).

Även för socialtjänsten finns liknande krav om att insatser i socialtjänsten ska hålla god kvalitet och att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet (3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453) (SoL)). En närmare beskrivning av vad som avses med god kvalitet inom socialtjänsten finns i lagens förarbeten. Där framgår till exempel att verksamheten ska följa lagstiftningen och att rättssäkerhet, tillgänglighet, ett respektfullt bemötande och den enskildes delaktighet är viktiga beståndsdelar (prop. 2000/01:80)

I betänkandet till lagen beskrivs god vård även utifrån den mer fördjupade definitionen av god vård som Socialstyrelsen tagit fram och som kompletterar kraven i HSL (se faktaruta 1). Även god kvalitet inom socialtjänsten beskrivs som delområden som Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) arbetat fram och som är kopplade till kraven i SoL (se faktaruta 1) (SOU 2015:20).

Faktaruta 1

God vård

Enligt Socialstyrelsens definition av god vård ska hälso- och sjukvården vara

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- säker
- patientfokuserad
- effektiv
- jämlik
- ges inom rimlig tid.

God kvalitet

Socialstyrelsens och SKL:s definition av god kvalitet inom socialtjänsten innebär att

- den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val
- omsorgen utgår från den enskildes samlade livssituation samt att insatser är samordnade med en tydlig ansvarsfördelning och att tjänsterna präglas av kontinuitet
- tjänsterna utförs enligt gällande regelverk och är transparanta
- risker för kränkningar, försummelse, fysisk eller psykisk skada ska förhindras genom förebyggande arbete
- verksamheten ska vara kunskapsbaserad – det vill säga utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet samt ta till vara den enskildes erfarenheter
- det är lätt för den enskilde att få kontakt med socialtjänsten och att få de tjänster hen behöver inom rimlig tid
- information och kommunikation ska vara begriplig och anpassad till olika grupper och individers behov
- kontakten mellan professionen och den enskilde ska präglas av ömsesidighet och dialog samt att verksamheterna ska vara fysiskt tillgängliga
- verksamheten präglas av effektivitet så att resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.

Källa (www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvardochomsorgsocialtjansten)

2.2.2 Lagen ska främja utskrivning så snabbt som möjligt

I förarbetena till den nya lagen betraktas olika ledtider i vårdförloppet, oavsett deras interna benämning, som väntetid för patienten. Exempel på en sådan väntetid är den tid patienten tillbringar i sluten vård trots att hen är färdigbehandlad. Förarbetena konstaterar att det inte är god vård att ligga på sjukhus när man inte behöver det, och att vård på rätt nivå för den enskilde är en självklar del av god vård.

Från patientens perspektiv är slutenvården inte anpassad att ta hand om sådana behov som kan finnas när behovet av heldygnsvård upphört. Då kan i stället andra behov uppstå som slutenvården inte kan tillgodose, och som kan tas om hand bättre på en annan vårdnivå eller enhet. Till exempel kan



nödvändig rehabilitering försenas och patienten kan då riskera att förlora förmågor som hen hade före sjukhusvistelsen (prop. 2016/17:106).

Vidare är slutenvården den vårdform där risken för vårdrelaterade infektioner är som störst, vilket patienter inte bör utsättas för i onödan (prop. 2016/17:106). Tiden är en återkommande aspekt även enligt beskrivningen av god vård och god kvalitet, till exempel att få vård och insatser inom rimlig tid (se faktaruta 1).

2.2.3 Målgruppen är patienter som behöver insatser efter utskrivning

Lagens målgrupp är patienter som efter utskrivning från den slutna vården behöver insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården, och som också kan behöva insatser från den landstingsfinansierade öppna vården, inklusive primärvården och annan specialiserad öppen vård (1 kap. 2 § LoSUS).

Definitionen av lagens målgrupp stämmer överens med den i BAL, och innebär att lagen omfattar alla de patienter som kan behöva vårdinsatser från någon av de nämnda huvudmännen. Men vissa bestämmelser i lagen omfattar inte alltid alla i målgruppen. Vilka dessa bestämmelser är framgår av avsnitt 2.3 – 2.5 nedan.

Med utskrivningsklar avses enligt den nya lagen 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 (1 kap. 3 § LoSUS).

I utredningen diskuteras en svaghet i den nya lagen. Lagen utgår från en slags normalsituation där den enskilda patienten har en ordnad livssituation, men självfallet förekommer också andra situationer där patientens livssituation inte är fullt lika ordnad. Till exempel kan patienten sakna bostad att skrivas ut till. I dessa fall blir väntetiderna långa på grund av omständigheter som kommunerna eller enheter inom primärvård eller annan öppenvård har svårt att påverka (SOU 2015:20). I LoSUS finns däremot dispositiva bestämmelser som ger huvudmännen möjligheter att själva komma överens om hur situationer som förekommer mer sällan ska hanteras på bästa sätt. Detta ger huvudmännen möjligheter att hitta lösningar som inte missgynnar dessa patienter och som utgår från de lokala förutsättningarna.

2.3 INFÖR OCH VID UTSKRIVNING AV PATIENTEN

2 kap. Inskrivningsmeddelande och planering

Inskrivningsmeddelande

1 § Om den behandlande läkaren, när en patient skrivs in i den slutna vården, bedömer att patienten kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården efter det att patienten har skrivits ut, ska den slutna vården underrätta de berörda enheterna om denna bedömning genom ett inskrivningsmeddelande.

Om insatser bedöms behövas från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska inskrivningsmeddelandet även skickas till den landstingsfinansierade öppna vården.

2 § Ett inskrivningsmeddelande ska innehålla upplysningar om patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress samt om beräknad tidpunkt för utskrivning.

3 § Ett inskrivningsmeddelande ska skickas senast 24 timmar efter det att patienten har skrivits in i den slutna vården. Om den behandlande läkaren först senare under vårdförloppet bedömer att en patient kan komma att behöva insatser enligt 1 §, ska den slutna vården skicka inskrivningsmeddelandet senast 24 timmar efter det att den behandlande läkaren gjorde den bedömningen.

4 § Om den beräknade tidpunkten för utskrivning ändras efter det att ett inskrivningsmeddelande har skickats, ska den slutna vården så snart det är möjligt underrätta de berörda enheterna om den nya beräknade tidpunkten för utskrivning.

(Källa: LoSUS)



2.3.1 När patienten skrivs in i slutenvård

Enligt den nya lagen ska den slutna vården underrätta de berörda enheterna genom ett så kallat inskrivningsmeddelande, om den behandlande läkaren, när en patient skrivs in i den slutna vården, bedömer att patienten kan behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården efter utskrivning. Behövs insatser från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården ska ett inskrivningsmeddelande skickas även till den landstingsfinansierade öppna vården (2 kap. 1 § LoSUS).

Syftet med bestämmelsen är att om patienter ska kunna skrivas ut från slutenvården så snart som möjligt efter att de bedömts som utskrivningsklara, kräver det att alla berörda enheter i kommunen och landstingets öppna vård snabbt informeras om patientens inskrivning i den slutna vården. Ofta är både den landstingsfinansierade öppna vården och den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården involverade i vården av patienten samtidigt, eftersom den landstingsfinansierade öppna vården ansvarar för läkarinsatserna. Det



är därför naturligt att båda aktörerna också får ett inskrivningsmeddelande (prop. 2016/17:106).

Vissa förändringar har skett i kravet på inskrivningsmeddelandet jämfört med vad som gällde enligt BAL.

För det första har det skett en ansvarsförflyttning där det enligt BAL var den behandlande läkaren som var ansvarig för att ett inskrivningsmeddelande skickades. Det ansvaret ligger nu i stället på den slutna vården och behöver alltså inte utföras av en läkare. Anledningen till detta är enligt förarbetena främst att möjliggöra att rent administrativa arbetsuppgifter kan läggas på andra yrkeskategorier än läkare (prop. 2016/17:106).

För det andra har det förtydligats att den landstingsfinansierade öppna vården ska få ett inskrivningsmeddelande om patienten bedöms behöva insatser från den kommunala hälso- och sjukvården av den anledning som beskrivits ovan (prop. 2016/17:106).

Underrättelse om behovet ska lämnas inom viss tid för att underlätta tidig planering

Huvudregeln är att inskrivningsmeddelandet ska skickas inom 24 timmar efter att patienten har skrivits in i den slutna vården (2 kap. 3 § LoSUS). Om den behandlande läkaren först senare gör bedömningen att patienten behöver insatser som kräver ett inskrivningsmeddelande, ska meddelandet skickas senast 24 timmar efter det att den behandlande läkaren gjort bedömningen (2 kap. 3 § LoSUS). Om tidpunkten för den beräknade utskrivningen ändras efter att ett inskrivningsmeddelande redan skickats, ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta de berörda enheterna om den nya beräknade tidpunkten för utskrivning (2 kap. 4 § LoSUS).

Syftet med tidsfristerna är att planeringsarbetet ska kunna komma igång tidigt, för att kunna bidra till en god vård (prop. 2016/17:106). Med en skarp och relativt snäv tidsgräns, vilket BAL saknade, är avsikten att väntetiderna ska kortas för patienterna (prop. 2016/17:106).

En förändring mot tidigare är att inskrivningsmeddelandet ska skickas direkt i samband med inskrivningen av patienten, om läkaren bedömer att patienten ingår i lagens målgrupp. Den gamla lagen innebar att inskrivningsmeddelandet kunde skickas i ett senare skede tack vare formuleringen ”eller så snart det därefter bedöms finnas ett behov av det” (10 a § BAL).

När betänkandet om den nya lagen remitterades lyfte vissa remissinstanser att det är orealistiskt att inom 24 timmar kunna göra en prognos för utskrivningstidpunkten och att det även för patienten kan vara svårt att i ett så pass tidigt skede bedöma vad hen kan komma att behöva för hjälp (prop. 2016/17:106). I propositionen uttrycktes förståelse för att bedömningen

är svår, men det framhölls att det för de mottagande enheterna ändå var fördelaktigt om inskrivningsmeddelandet innehöll en bedömning om beräknad utskrivningstidpunkt. Därför gjordes inga ändringar i lagförslaget i den delen (prop. 2016/17:106).

Innehållet i inskrivningsmeddelandet preciseras

Enligt den nya lagen ska ett inskrivningsmeddelande innehålla upplysningar om patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress samt beräknad tidpunkt för utskrivning (2 kap. 2 § LoSUS). Det innebär en förändring mot vad som gällde tidigare. Den gamla lagen innehöll inget krav på uppgift om beräknad tidpunkt för utskrivning. En skillnad är även att meddelandets innehåll tidigare bara reglerades indirekt av den sekretessbestämmelse som gällde (se 15 § BAL).

I betänkandet till LoSUS beskrev utredningen att inskrivningsmeddelandet måste breddas och innehålla mer information, för att underlätta mottagandet av patienten. Utredningen föreslog därför att inskrivningsmeddelandet skulle kompletteras med både inskrivningsorsak och beräknad tid för utskrivning (SOU 2015:20). Men i den slutgiltiga lagen var det bara förslaget om beräknad tid för utskrivning som togs med, eftersom man bedömde att information om inskrivningsorsak skulle innebära ett betydande integritetsintrång för patienten.

Beräknad tidpunkt för utskrivning ansågs däremot vara en så pass viktig uppgift för vård- och omsorgsplaneringen att det ska anges i inskrivningsmeddelandet utan hinder av sekretess. Som argument anfördes bland annat att uppgiften om när i tiden slutna vård inte längre behövs inte är så integritetskänslig att den inte kan ingå i meddelandet. De berörda verksamheterna omfattas dessutom av stark sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL). Därför ansågs skyddet för uppgifterna vara väl tillgodosett (prop. 2016/17:106).

2.3.2 Fast vårdkontakt

Fast vårdkontakt i den öppna vården

2 kap. 5 §

När en enhet i den landstingsfinansierade öppna vården har tagit emot ett inskrivningsmeddelande i fråga om en patient, ska verksamhetschefen vid den enheten utse en fast vårdkontakt för patienten. Verksamhetschefen ska utse den fasta vårdkontakten innan patienten skrivs ut från den slutna vården. Om patienten redan har en fast vårdkontakt vid enheten, får denne fortsätta att vara patientens fasta vårdkontakt.

(Källa: LoSUS)



Om en enhet i den landstingsfinansierade öppna vården tar emot ett inskrivningsmeddelande från slutenvården, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt vid den enheten (2 kap. 5 § LoSUS). Detta ska ske innan patienten skrivs ut. Om patienten däremot redan har en fast vårdkontakt vid den enheten, får den personen fortsätta att vara den fasta vårdkontakten för patienten (2 kap. 5 § LoSUS).

Förarbetena pekar på att alla patienter som omfattas av den nya lagen har sammansatta behov och så gott som alltid behöver kontakt med öppenvården och kommunala insatser efter utskrivning från slutenvården. Med det menas att dessa patienter har särskilt stora behov av trygghet, kontinuitet och samordning och därför borde ha behov av en fast vårdkontakt (prop. 2016/17:106).

Förarbetena ger flera skäl till att införa en bestämmelse om fast vårdkontakt i LoSUS. Bland annat att tydliggöra målgruppens behov av en fast vårdkontakt och denna funktions nyckelroll i samordningen kring patienten. Utredningen menar att den fasta vårdkontakten kan bidra till att synliggöra behovet av samspel och informationsutbyte mellan slutenvård och primärvård och annan öppenvård. Den fasta vårdkontakten kan även bidra till ökad patientdelaktighet genom att patienten själv kan begära att få en fast vårdkontakt, även om verksamhetschefen inte bedömer att det är nödvändigt.

Patientdelaktigheten tillgodoses även genom att verksamhetschefen så långt det är möjligt ska samråda med och respektera patientens önskemål om vem som utses att vara patientens fasta vårdkontakt (prop. 2009/10:67 och prop. 2016/17:106). Detta grundar sig på redan befintliga bestämmelser om att patienten kan begära att en fast vårdkontakt utses för hen, och att hälso- och sjukvårdvården då ska utse en sådan (6 kap. 2 § patientlagen (2014:821) (PL)). Ett annat uttalat syfte är att skapa en större delaktighet från den landstingsfinansierade öppna vården i den fortsatta planeringen för patienten (prop. 2016/17:106).

Även om LoSUS, till skillnad från BAL, innehåller en bestämmelse om fast vårdkontakt, fanns det krav på fast vårdkontakt i lagstiftningen sedan tidigare. År 2010 infördes krav på att verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt för patienten om hen begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården (6 kap. 2 § PL samt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)).

När fast vårdkontakt infördes 2010 var syftet att verksamheternas och verksamhetschefernas ansvar för samordningen kring en patient förtydligas (prop. 2009/10:67). Den fasta vårdkontakten skulle bistå patienten med information om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och eventuellt andra

myndigheter, till exempel Försäkringskassan. På det sättet skulle patienten alltså kunna ha en väg in i vården oberoende om patienten hade flera olika vårdkontakter (prop. 2009/10:67).

Syftet med den fasta vårdkontakten i LoSUS är alltså i grunden detsamma som i den bestämmelse i patientlagen som gäller sedan tidigare, men med en skillnad. Eftersom målgruppen för LoSUS har så sammansatta behov att de oftast borde behöva en fast vårdkontakt, menar lagstiftaren att det vid tillämpningen av den nya lagen bör säkerställas att en fast vårdkontakt som huvudregel utses för den enskilde (prop. 2016/17:106). Enligt patientlagen däremot, så utses den fasta vårdkontakten antingen på grund av att patienten själv begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (6 kap. 2 § PL).

I äldre förarbeten framgår hur den fasta vårdkontakten ska utses. Den fasta vårdkontakten utses utifrån en bedömning av patientens medicinska och övriga behov, och sett till vilken kompetens som bäst kan tillgodose de behoven. Den fasta vårdkontakten kan alltså vara personer med olika kompetenser, till exempel läkare, sjuksköterska eller psykolog. Det kan också vara en person i en administrativ funktion som koordinerar patientens vård (prop. 2009/10:67 och prop. 2016/17:106).

I tidigare förarbeten har det även framförts att det är troligt att en patient kommer att få mer än en fast vårdkontakt i sina kontakter med olika delar av sjukvården. Avsikten är då att de fasta vårdkontakterna tillsammans ska kunna samverka och samordna insatserna för den enskilda patienten (prop. 2009/10:67). Hur ändamålsenligt det är med flera fasta vårdkontakter och om det är den bästa lösningen ur ett patientperspektiv tog vissa remissinstanser upp och påpekade att det främsta syftet med den fasta vårdkontakten ska vara samordning och kontinuitet (prop. 2016/17:106).

Men enligt vad som framfördes i propositionen var uppfattningen att ett sådant system stöder syftet med funktionen fast vårdkontakt. Flera olika fasta vårdkontakter kan utses hos de olika vårdenheter som patienten har kontakt med och tillsammans skapar de ett samordnat vårdflöde för patienten (prop. 2016/17:106). Några ytterligare skäl eller argument nämns inte.

Propositionens förslag innebar att om patienten redan har en fast vårdkontakt vid den enhet som har tagit emot inskrivningsmeddelandet, ska den personen kunna fortsätta att vara patientens fasta vårdkontakt. Genom att ange att det handlar om att utse en fast vårdkontakt vid just den enheten, tydliggörs att fasta vårdkontakter kan finnas inom andra enheter och i andra delar av vården, till exempel inom den kommunala hälso- och sjukvården (prop. 2016/17:106).





Planering inför patientens utskrivning 2 kap. 6 §

När en berörd enhet inom socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården har fått ett inskrivningsmeddelande, ska enheten börja sin planering 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 socialtjänst eller hälso- och sjukvård tillgodosedda.

(Källa: LoSUS)

När en berörd enhet inom socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården fått ett inskrivningsmeddelande, ska enheten påbörja sin egen planering av insatser för patienten. Här avses de insatser som är nödvändiga för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården och få sina behov av socialtjänst eller hälso- och sjukvård tillgodosedda. Planeringen ska påbörjas så fort inskrivningsmeddelandet kommit. Tiden enheterna har på sig att planera kommer däremot att variera beroende på hur länge patienten är i behov av sluten vård (prop. 2016/17:106).

Den planering som ska ske när de berörda enheterna mottar ett inskrivningsmeddelande är inte någon ny planering jämfört med vad som gällt sedan tidigare. Bestämmelsen är enligt förarbetena bara tänkt att påminna om de skyldigheter som de berörda enheterna har enligt annan lagstiftning (prop. 2016/17:106). Till exempel har socialtjänsten en skyldighet att inleda en utredning av vad som kommit till nämndens kännedom genom ansökan, anmälan eller på annat sätt, och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden (11 kap. 1 § SoL). För hälso- och sjukvårdens del är inte skyldigheten att utreda och planera lika uttrycklig i författningstexten, men enligt förarbetena framgår det bland annat av de allmänna bestämmelserna om god vård att vården ska planeras för den enskilde på ett ändamålsenligt sätt (se 5 kap. 1 § HSL enligt SOU 2015:20).

2.3.3 Underrättelse om att patienten är utskrivningsklar

3 kap. Åtgärder vid utskrivning Underrättelse om att en patient är utskrivningsklar

1 § När den behandlande läkaren har bedömt att en patient är utskrivningsklar, ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta berörda enheter om denna bedömning, om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det.

En underrättelse i enlighet med 7 a § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård ska motsvara en underrättelse enligt första stycket.

(Källa: LoSUS)



I den nya lagen är bestämmelsen om utskrivningsmeddelande formulerad så att när den behandlande läkaren bedömt att en patient är utskrivningsklar ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta berörda enheter om bedömningen (3 kap. 1 § LoSUS). Syftet med bestämmelsen är att se till att de enheter som ska ta över ansvaret för patienten efter utskrivning så snabbt som möjligt får kännedom om att patienten är utskrivningsklar och därmed kan börja vidta de åtgärder som planerats för patienten. Informationen fyller ett praktiskt behov, men kan också påverka när kommunens betalningsansvar inträder (prop. 2016/17:106).

Paragrafen innebär två huvudsakliga förändringar jämfört med vad som gällde tidigare. Den första förändringen innebär en förskjutning av när i tiden underrättelsen måste skickas – från dagen före det att patienten bedöms bli utskrivningsklar till efter att läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar. Den andra skillnaden är att det inte längre är den behandlande läkaren som måste skicka utskrivningsmeddelandet. Den uppgiften ska i stället utföras av den slutna vården, det vill säga det är inte reglerat vilken funktion eller profession som ska utföra uppgiften. Vårdgivarna får i stället möjlighet att själva bestämma vem som lämpligast sköter den uppgiften (prop. 2016/17:106).

Inskrivningsmeddelandet fungerar som startpunkten för enheternas planering av sina respektive insatser, men underrättelsen om att patienten är utskrivningsklar blir själva utlösaren för dessa insatser (prop. 2016/17:106). När det gäller samordnad individuell planering, se avsnitt 1.4.1 nedan.

Bestämmelsen om underrättelse är inte formulerad som en sekretessbrytande bestämmelse. Det innebär att det är de vanliga reglerna om utlämnande av information som ska styra, och att utlämnandet till stor del bygger på patientens samtycke (10 kap. 1 § och 12 kap. 2 § OSL). Detta utvecklar vi mer i det separata avsnittet 2.6 om sekretess.



När är en patient utskrivningsklar?

Ett centralt begrepp vid tillämpningen av LoSUS är begreppet *utskrivningsklar*. I lagen definieras utskrivningsklar som 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 (1 kap. 3 § LoSUS).

Begreppet utskrivningsklar introducerades i BAL år 2003. Begreppet ersatte då *medicinskt färdigbehandlad* som många ansåg problematiskt, eftersom det indikerade att patienten inte skulle ha ett fortsatt vårdbehov när hen skrevs ut från slutenvården (prop. 2002/03:20).

I förarbetena till BAL framgår att det är upp till den behandlande läkaren att avgöra om en patient är utskrivningsklar. Läkaren ska med hänsyn till patientens tillstånd samt till vetenskap och beprövad erfarenhet avgöra när en patient är utskrivningsklar, det vill säga när patienten inte längre är i behov av den slutna hälso- och sjukvården (för definition av slutna vård, se 2 kap. 4 § HSL). Av förarbetena framgår också att för en patient som tvångsvårdats måste den behandlande läkarens bedömning i vissa fall föregås av ett beslut av domstolen att tvångsvården ska upphöra. Detta innebär en så kallad särskild utskrivningsprövning och samma bestämmelser gäller även i dag (se lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk tvångsvård enligt prop. 2002/03:20).

Men den här beskrivningen säger inte mycket om vad som ska beaktas i bedömningen av om en patient är utskrivningsklar. Utöver en upprepning av beskrivningen från BAL:s förarbeten framgår i förarbetena till LoSUS att det är en professionell bedömning som den behandlande läkaren ska göra utifrån sitt yrkesansvar. Det ansågs olämpligt att i lag detaljreglera exakt vilka moment som ska ingå. Det lämnas i stället åt huvudmännen att, i den mån de finner nödvändigt, tydligare definiera vilka villkor som ska vara uppfyllda för att en patient ska bedömas som utskrivningsklar i deras gemensamma riktlinjer (prop. 2016/17:106).

Överföra viktig information vid utskrivningen



Informationsöverföring vid utskrivning **3 kap. 2 §**

Om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det, ska den slutna vården till berörda enheter överföra den information som är nödvändig för att ge patienten socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Informationen ska överföras senast samma dag som patienten skrivs ut från den slutna vården.

(Källa: LoSUS)

När patienten är utskrivningsklar ska den slutna vården föra över den information till berörda enheter som är nödvändig för att dessa ska kunna ge patienten socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Men det förutsätter att bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar att uppgifterna förs över. Informationen till de berörda enheterna ska överföras senast samma dag som patienten skrivs ut från slutenvården (3 kap. 2 § LoSUS). Avsikten med informationsöverföringen är att möjliggöra ett bättre och mer sammanhållet omhändertagande av patienter med sammansatta behov av medicinska och sociala insatser (prop. 2016/17:106).

Bestämmelsen har ingen direkt motsvarighet i den gamla lagen. I BAL framgick bara indirekt av den sekretessbrytande bestämmelse som fanns där att uppgift om namn, personnummer och folkbokföringsadress kunde lämnas mellan landsting och kommun utan hinder av sekretessen (15 § BAL). Men det finns föreskrifter från Socialstyrelsen sedan tidigare om informationens innehåll (Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård).

Ansvar för att överföra informationen ligger på den slutna vården. Skälen till att någon specifik funktion inte pekas ut är desamma som när det gäller ansvaret för inskrivningsmeddelanden och utskrivningsmeddelanden. På det här sättet blir det vårdgivarens ansvar att tydliggöra hur uppgiften ska utföras och av vem (prop. 2016/17:106).

När hälso- och sjukvården överför uppgifter som är nödvändiga för att ge patienten hälso- och sjukvård räknas det som personuppgiftsbehandling där särskilda bestämmelser gäller (patientdatalagen (2008:355) (PDL)). Personuppgifter får till exempel behandlas inom hälso- och sjukvården för administration som syftar till att ge vård i enskilda fall eller för att fullgöra ett uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning (2 kap. 4–5 §§ PDL). Paragrafen om informationsöverföring vid utskrivning möjliggör att information kan överföras inom hälso- och sjukvården med stöd av bestämmelsen (prop. 2016/17:106).

När det gäller informationsöverföringen är det flera av resonemangen om sekretess och tystnadsplikt i avsnitt 2.3.3 ”Underrättelse om att patienten är utskrivningsklar” som är tillämpliga även här. Samma bestämmelser gäller för dessa frågor, och det har inte heller införts någon sekretessbrytande regel i lagen när det gäller informationsöverföringen. Se vidare om sekretess i avsnitt 2.6.



2.3.4 Vilken information ska patienten få?



Information till patienten

3 kap. 3 §

Närmare bestämmelser om den information som ska ges till patienten och dennes närstående vid utskrivning anges i 3 kap. patientlagen (2014:821).

(Källa: LoSUS)

Den nya lagen innehåller en upplysningsbestämmelse som anger att närmare bestämmelser om vilken information som ska ges till patienten och patientens närstående anges i patientlagen (2014:821) (PL). En ny bestämmelse har förts in i PL som innebär att en patient som skrivs ut från slutna vård ska få sammanfattande information om den vård och behandling som getts under vårdtiden, om avsikten är att patienten ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller den landstingsfinansierade öppna vården.

Om information finns tillgänglig, ska patienten även få uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt, tidpunkt för när samordnad individuell planering ska genomföras och uppgifter om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivning (3 kap. 2 b § PL). Om det finns ett påbörjat samarbete mellan berörda enheter och den slutna vården om behovet av fortsatta insatser som patienten samtyckt till, bör informationen enligt förarbetena även innehålla uppgifter om de insatser som planeras för patienten.

Patienten bör även få uppgifter om vem som övertar det medicinska ansvaret för patientens vård samt vart patienten kan vända sig med frågor efter utskrivning, information om patientens läkemedel, instruktioner för egenvård och annat som är väsentligt för patienten.

Det bakomliggande syftet med detta är att uppnå en ökad kontroll för patienten, och därmed minska eventuella inslag av ovisshet och möjliggöra planering (prop. 2016:17:106). I övrigt gäller att patienten ska få information om sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, vilken tidpunkt patienten kan förvänta sig att få vård, information om eventuell eftervård samt möjlighet att få fast vårdkontakt med mera (3 kap. 1–2 §§ PL).

Om informationen inte kan lämnas till patienten själv, kan informationen i stället lämnas till en närstående om inte bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta (3 kap. 4 § PL).

En viktig utgångspunkt är att informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (3 kap. 6 § PL). Detta innebär ett långtgående krav att anpassa informationen till den enskilda patienten, så att patienten i så hög grad som möjligt förstår och kan ta till sig informationen och få möjlighet att utöva sitt självbestämmande baserat på den förståelsen (prop. 2013/14:106).

Eftersom LoSUS som helhet syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet, vill lagstiftaren på olika sätt främja de olika beståndsdelar som ingår i det. Att få individuell information som man som patient förstår och kan ta till sig skapar trygghet vid utskrivningen från slutenvården, vilket i sig är en aspekt av god vård (prop. 2016/17:106). Det ska samtidigt noteras att den patient som inte vill ha information har möjlighet att avstå från att ta emot information om hen så önskar (3 kap. 6 § PL).

2.4 LANDSTING OCH KOMMUNER SKA SAMVERKA OM PATIENTENS INDIVIDUELLA PLANERING

4 kap. Samverkan mellan landsting och kommun

Samordnad individuell planering

1 § Om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den landstingsfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen.

För patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård, ska planeringen i stället genomföras enligt bestämmelserna om en samordnad vårdplan i 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 12 a § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

2 § Vid den samordnade individuella planeringen ska enheterna upprätta en individuell plan i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen (2001:453). Planen får upprättas om patienten samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

3 § En kallelse till den samordnade individuella planering som avses i 1 § första stycket ska skickas till berörda enheter av patientens fasta vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården.

Kallelsen ska skickas senast tre dagar efter det att en underrättelse enligt 3 kap. 1 § om att patienten är utskrivningsklar har lämnats.

(Källa: LoSUS)



2.4.1 Genomföra en samordnad individuell planering

Enligt den nya lagen gäller att om en patient efter utskrivningen behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering (SIP) genomföras av de berörda aktörerna (4 kap. 1 § LoSUS). Den här bestämmelsen blir alltså aktuell bara om dessa förutsättningar finns. Om de insatser patienten behöver efter utskrivningen bara är insatser från socialtjänsten, är SIP inte aktuellt även om gruppen i övrigt tillhör lagens målgrupp. Lagen anger också att om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården ska även den landstingsfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen (4 kap. 1 § LoSUS).

Patienter inom öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård får i stället sin planering genomförd enligt bestämmelser om samordnad vårdplan i respektive speciallagar för dessa patientgrupper (7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och 12 a § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk tvångsvård (LRV)).

Bestämmelsen i 4 kap. 1 § LoSUS motsvaras närmast av bestämmelsen om skyldigheten att upprätta en vårdplan för patienten som fanns i BAL (10 b § BAL). Krav på samordnad individuell planering finns också sedan 2009 i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen (16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL). Där framgår att när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten, ska landstinget och kommunen tillsammans upprätta en individuell plan för patienten. 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 det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål (16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL). Även dessa individuella planer enligt HSL och SoL innebär att kommun och landsting ska samordna sina insatser kring patienten, vilket framgår av förarbetena (prop. 2008/09:193).

Det som är nytt i LoSUS är att det framgår tydligare att planerna ska samordnas mellan de olika aktörerna och att kallelsen till planeringen ska ske av patientens fasta vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården (4 kap. 1 § och 4 kap. 3 § LoSUS). Det främsta syftet är att tidigt engagera den landstingsfinansierade öppna vården, och genom att särskilt reglera det ansvar den har för kontinuiteten i patientens vård uppnå ökad trygghet och säkerhet. Här vill lagstiftaren stärka patienternas ställning genom att de ska uppleva just större trygghet och säkerhet samt att behovet av återinskrivning ska minska (prop. 2016/17:106).

Som nämnts tidigare ser det annorlunda ut för patienter som ska skrivas ut från psykiatrisk vård. Ansvar för att kalla till planering för de patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV ligger i stället på chefsöverläkaren. Denna ansvarar för upprättandet av den samordnade vårdplanen (7 a § LPT och 12 a § LRV).

Enligt den gamla betalningsansvarslagen inträdde kommunens betalningsansvar när patienten var utskrivningsklar och en vårdplan upprättats. Det var enligt de tidigare bestämmelserna visserligen inte otillåtet att upprätta vårdplanen efter att patienten lämnat sjukhuset, men eftersom kommunens betalningsansvar var knutet till upprättandet av den så främjade det att vårdplanen upprättades innan patienten lämnade slutenvården.

Förarbetena menar att det tillvägagångssättet var mer lämpligt på den tiden när vårdtider inom slutenvården var längre och patienten fick rehabilitering och återhämtning under själva slutenvårdsvistelsen. Patienter som var friskare vid utskrivningstillfället gav inblandade aktörer bättre möjligheter att se patientens långsiktiga behov av vård och omsorg efter slutenvårdsvistelsen (SOU 2015:20).

En medveten riktning för den nya lagen är alltså att i mindre utsträckning än BAL styra mot när i tiden vårdplaneringen ska äga rum och att det blir mindre fokus på att upprätta en vårdplan. Berörda parter ska i stället fokusera på att individuell planering är en process som behöver anpassas efter patientens skiftande behov över tid (prop. 2016/17:106).

Fast vårdkontakt kallar till SIP

Kallelse till samordnad individuell planering ska skickas till de berörda enheterna av den fasta vårdkontakten senast tre dagar efter det att en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar har lämnats (4 kap. 3 § LoSUS). Syftet med kravet på en tidsfrist om maximalt tre dagar är att det kan vara till men för patienten om det dröjer för länge med planeringen, men också för de verksamheter som behöver koordinera sin verksamhet för att hjälpa patienten (prop. 2016/17:106).

Det är behoven hos den enskilde patienten som ska styra när planeringen sker. För patienter där det finns behov av att få den samordnade individuella planeringen genomförd innan de lämnar slutenvården finns det inget i den nya lagen som hindrar det (prop. 2016/17:106).

Den fasta vårdkontakten inom den landstingsfinansierade öppna vården har fått ett särskilt ansvar att kalla till samordnad individuell planering om patienten behöver fortsatta insatser. Detta eftersom lagens målgrupp är patienter med sammansatta behov, som mer eller mindre alltid har ett behov



av kontakt med primärvård eller öppenvård efter sin vistelse i slutna vård (prop. 2016/17:106).

Som beskrivits ovan i avsnitt 2.3.2 kan en patient ha flera fasta vårdkontakter. Om patienten har flera fasta vårdkontakter inom den landstingsfinansierade öppna vården, får de komma överens om vem som har kallelseansvaret. Detta ska avgöras med hänsyn till patientens fortsatta vårdbehov och patientens uppfattning (prop. 2016/17:106).

Bestämmelser om planeringsskyldighet kopplat till patientens vård är som nämnts ovan i sig inget nytt och regleras i huvudsak i HSL och SoL (16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL). Dessa bestämmelser reglerar däremot planering mellan ett landsting som huvudman för hälso- och sjukvård och en kommun som huvudman för socialtjänst. Enligt förarbetena ska bestämmelserna inte tillämpas av den kommunala hälso- och sjukvården (prop. 2008/09:193), till skillnad från bestämmelsen i LoSUS.

Kraven på att planer upprättas i LoSUS, HSL och SoL kan alltså komma att överlappa varandra något och omfatta samma patienter. Både bestämmelserna i HSL och SoL samt LoSUS aktualiseras när det gäller landstinget som huvudman för hälso- och sjukvård och kommunen som huvudman för socialtjänst. Det ställer enligt förarbetena vissa krav på berörda enheter att se till att samordningen av dessa planer fungerar tillfredställande för den enskilda patienten (prop. 2016/17:106).

2.4.2 Utarbeta gemensamma riktlinjer och överenskommelser



4 kap. Riktlinjer och överenskommelser

4 § Landsting och kommun ska i samråd utarbeta gemensamma riktlinjer till vårdgivare och till dem som bedriver socialtjänst avseende samverkan enligt denna lag.

5 § Landsting och kommun får träffa en överenskommelse om att kommunens betalningsansvar ska inträda vid en annan tidpunkt än den som anges i 5 kap. 4 § eller med ett annat belopp än det som bestäms enligt 5 kap. 6 §.

(Källa: LoSUS)

Enligt den nya lagen ska kommun och landsting i samråd utarbeta gemensamma riktlinjer till vårdgivare och till de som bedriver socialtjänst som beskriver hur samverkan enligt lagen ska gå till (4 kap. 4 § LoSUS). Det är en skyldighet för huvudmännen att utarbeta riktlinjer inom ett antal olika områden (prop 2016/17:106).

Den nya lagen präglas av informationsöverföring, tidpunkten för betalningsansvarets inträde och vilket belopp som då ska gälla. Dessa tre faktorer är därför sådant som det enligt förarbetena vore naturligt för huvudmännen att närmare reglera i gemensamma riktlinjer, även om det för tidpunkt och belopp inte är ett krav (prop. 2016/17:106).

Utöver detta står det också huvudmännen fritt att komma överens om andra saker. Gemensamma överenskommelser kan innefatta till exempel hur man ska lösa tvister om samarbetet runt den enskilde patienten eller betalningsansvaret. De kan också gälla uppföljningar av samarbeten, gemensamt utvecklingsarbete och administrativa rutiner för fakturering av avgifter kopplade till överenskommelser eller lagen (prop. 2016/17:106).

När det gäller informationsöverföringen förutsätts huvudmännen komma överens om hur den ska gå till i samband med att patienten skrivs ut från slutenvård. Lokala riktlinjer anses ha bättre förutsättningar att hänga samman med andra lokala rutiner, vilket kan bidra till att skapa en bättre fungerande vårdkedja för patienten (prop. 2016/17:106).

Bestämmelsen om gemensamma riktlinjer har ingen motsvarighet i den gamla lagen och även om den är formulerad som ett krav så lämnas det öppet för kommuner och landsting att själva formulera riktlinjerna och att styra deras detaljgrad. Det poängteras att det är viktigt att huvudmännen utarbetar gemensamma lokala riktlinjer för verksamheterna, eftersom förutsättningarna för samverkan ser olika ut i landet.

Propositionen resonerade om fördelen att sådana riktlinjer skulle vara gemensamma för alla kommuner inom ett landsting. Men det bedömdes samtidigt att det inte fanns skäl att hindra att olika riktlinjer tas fram om huvudmännen ser fördelar med en sådan lösning. Riktlinjerna kan till exempel vara reglerade på huvudmannanivå eller på verksamhetsnivå (prop. 2016/17:106).

Dispositiva regler om tidpunkt och belopp

Vad gäller överenskommelser om tidpunkt och belopp är det något som huvudmännen *får* komma överens om. Det är alltså ingen skyldighet. Här menar lagstiftaren att det skulle vara vanskligt att sätta en nationell gräns för inträdet av kommunernas betalningsansvar, eftersom en sådan inte skulle bli väl avvägd för alla situationer och för alla huvudmäns förutsättningar. Lagens formulering gör det till exempel möjligt för huvudmännen att komma överens om både kortare eller längre frister för när kommunens betalningsansvar ska inträda jämfört med de tre dagar som gäller om en överenskommelse inte ingåtts (prop. 2016/17:106).



Utöver att det ger möjlighet till bedömningar utifrån de lokala förutsättningarna och olika patientgruppers behov så lyfts samtidigt andra faktorer. Det är viktigt att huvudmännen inte bara ser till de egna utan också varandras förutsättningar och förhållanden, för att undvika negativa konsekvenser för patienten. Syftet med överenskommelserna ska vara att patientens utskrivning från slutna vård ska ske snabbt, säkert och effektivt (prop. 2016/17:106).

2.5 KOMMUNEN HAR BETALNINGSANSVAR



5 kap. Kommunens betalningsansvar

1 § En kommun betalar i enlighet med 2–6 §§ ersättning till ett landsting för en patient som vårdas inom den slutna vården efter det att den behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar.

2 § En kommuns betalningsansvar omfattar patienter som är folkbokförda i kommunen. Den kommun som har beslutat att en patient ska vistas i en annan kommun i sådan särskild boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453), har betalningsansvaret för den patienten oavsett var patienten är folkbokförd.

(Källa: LoSUS)

I bestämmelserna om kommunens betalningsansvar framgår att kommunen betalar ersättning till ett landsting för en patient som läkaren har bedömt är utskrivningsklar enligt vissa villkor (5 kap. 1 § LoSUS).

Det framgår också att en kommun har betalningsansvaret för en patient som kommunen beslutar ska bo i ett särskilt boende eller bostad med särskild service, oavsett var den patienten är folkbokförd, det vill säga även om det boendet ligger i en annan kommun (5 kap. 2 § LoSUS). Beskrivningen av kommunens betalningsansvar skiljer sig inte från det som gällt sedan tidigare enligt BAL (prop. 2016/17:106).

Kommunernas ansvar för utskrivningsklara patienter tillkom i samband med införandet av BAL. Kommunernas betalningsansvar skulle skapa ett ekonomiskt incitament för att förstärka genomslaget av de ansvarsförändringar som BAL var en del av. I förarbetena till LoSUS bedömdes att det kommunala betalningsansvaret skulle bestå, och det framhävs att det även fortsättningsvis behövs ekonomiska incitament för att åstadkomma kortare väntetider för patienter som behöver insatser från kommunens socialtjänst, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården (prop. 2016/17:106).



5 kap. Kommunens betalningsansvar, forts.

3 § Kommunens betalningsansvar förutsätter att den slutna vården har

1. underrättat kommunen om att patienten har skrivits in i enlighet med 2 kap. 1–3 §§, och
2. underrättat berörda enheter i kommunen om att patienten är utskrivningsklar i enlighet med 3 kap. 1 §.

I de fall en samordnad individuell planering ska genomföras enligt 4 kap. 1 och 2 §§ är kommunen betalningsansvarig endast om den fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppna vården har kallat till samordnad individuell planering i enlighet med 4 kap. 3 §.

4 § Om det inte finns någon överenskommelse om tidpunkten enligt 4 kap. 5 §, ska kommunens betalningsansvar inträda tre dagar efter det att en underrättelse enligt 3 kap. 1 § har skickats. Om en sådan underrättelse skickas efter klockan 12.00, ska kommunens betalningsansvar emellertid inträda fyra dagar efter det att underrättelsen har skickats.

5 § Kommunens betalningsansvar ska inte inträda om patienten inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att sådana insatser som den landstingsfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga, eller det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga.

6 § Om det inte finns någon överenskommelse om belopp enligt 4 kap. 5 §, ska kommunen lämna ersättning för vård av utskrivningsklara patienter med det belopp som motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vård dygn 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 får meddela föreskrifter om det belopp som avses i första stycket.

(Källa: LoSUS)

För att kommunens betalningsansvar ska inträda ska ett antal villkor vara uppfyllda enligt 5 kap. i LoSUS. För det första måste den slutna vården ha underrättat kommunen om att patienten har skrivits in i slutna vård. För det andra måste den slutna vården underrätta berörda enheter i kommunen när patienten är utskrivningsklar (5 kap. 3 § LoSUS). Är patientens fortsatta vårdbehov sådant att en samordnad individuell planering är aktuell så blir kommunen bara betalningsansvarig om den fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppna vården har kallat till en sådan planering (5 kap. 3 § LoSUS).

Ytterligare en aspekt som påverkar om betalningsansvaret inträder är om patienten inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att sådana insatser som den landstingsfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga eller om det inte är klarlagt att dessa insatser är tillgängliga (5 kap. 5 § LoSUS).



Bestämmelserna motsvarar delvis 11 § i BAL men med ett antal förändringar. Enligt LoSUS gäller kortare frister jämfört med BAL om det saknas överenskommelser mellan huvudmännen. Kommunens betalningsansvar inträder enligt LoSUS tre dagar efter att den slutna vården har underrättat berörda enheter i kommunen om att patienten är utskrivningsklar, i stället för tidigare fem dagar. Men om underrättelsen lämnas efter klockan 12 inträder kommunens betalningsansvar efter fyra dagar (5 kap. 4 § LoSUS). I den nya lagen räknas, till skillnad från i BAL, kalenderdagar, vilket innebär att även helgdagar räknas in i tidsfristen om man inte kommit överens om annat (prop. 2016/17:106).

Beloppet som kommunen ska betala, om någon överenskommelse inte finns om annat, ska motsvara genomsnittskostnaden i riket för ett vård dygn i den slutna vården. Beloppet ska räknas om varje år med hänsyn till utvecklingen av kostnader för vårdplatser i den slutna vården (5 kap. 6 § LoSUS). Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om det belopp som en kommun ska lämna i ersättning till ett landsting för vård av en utskrivningsklar patient (1 § förordning (2017:617) om fastställande av belopp för vård av utskrivningsklara patienter).

Enligt formuleringen i den nya lagen får landsting och kommuner träffa en överenskommelse om att kommunens betalningsansvar ska inträda vid en annan tidpunkt än den som anges i lagen (5 kap. 4 §), eller med ett annat belopp (5 kap. 6 §) än det som gäller om ingen överenskommelse finns (4 kap. 5 §) (se föregående avsnitt).

Dessa regler om tidsfrist och belopp för kommunernas betalningsansvar är, precis som i BAL, så kallade dispositiva regler. Det innebär att det är regler som kan avtalas bort och därmed åsidosättas. Kommuner och landsting får enas om gemensamma riktlinjer och ingå överenskommelser om när kommunens betalningsansvar ska börja gälla som avviker från de bestämmelser som framgår av lagen. De fungerar i stället som en slags backup när kommunen och landstinget inte har träffat sådana överenskommelser (prop. 2016/17:106).

Syftet med formuleringen är att huvudmännen till exempel ska kunna komma överens om en gradvis nedtrappning av antalet fristdagar eller på andra sätt skraddarsy hur processen ska se ut utifrån de lokala och regionala förutsättningarna samt vad som är lämpligt för olika patientgrupper (prop. 2016/17:106).

Lagens utformning med en så kallad backup-lösning om huvudmännen inte har kommit överens om andra varianter kan enligt förarbetena också innebära en risk. Huvudmännen kan till exempel välja att tillämpa backup-

lösningen, vilket innebär att de lokala anpassningarna uteblir. Det finns också en risk för att huvudmännen uppfattar den angivna tidsfristen som en slags standard som bör följas, i stället för att patienten lämnar den slutna vården så snart som möjligt efter att hen bedömts som utskrivningsklar (prop. 2016/17:106).

Lagens utformning med detta dispositiva utrymme lämnar stort utrymme för huvudmännen att anpassa vårdkedjan efter de lokala förutsättningarna som råder. Det grundläggande syftet med lagen, det vill säga att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet ligger alltså till stor del i huvudmännens egna händer (prop. 2016/17:106).

I förarbetena övervägde man bindande regler för tidsfrister och belopp, men behöll lösningen med dispositiva regler som tillåter huvudmännen att komma överens om dessa frågor sinsemellan. På ett generellt plan kan det finnas olika skäl till varför överenskommelser mellan kommun och landsting inte finns på plats. Det kan bero på att huvudmännen inte lyckats komma överens eller att de saknar gemensamma regler för till exempel patienter som vårdas utanför sitt hemlandsting. Här blir syftet med de gemensamma riktlinjerna enligt förarbetena ännu viktigare – att huvudmännen ska hitta rutiner och lösningar som är anpassade efter de lokala förutsättningarna eller olika patientgruppers behov. Om överenskommelser inte kommer på plats så kommer i stället lagens så kallade backup-lösningar bli tillämpliga (prop. 2016/17:106).

Vissa patientgrupper omfattas redan sedan tidigare av skyldigheter för huvudmännen att ha överenskommelser om samarbete. Dessa är personer med psykiska funktionsnedsättningar och personer som missbrukar alkohol, narkotika eller andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel (5 kap. 8 a § och 9 a § SoL samt 16 kap. 3 § HSL). Eftersom huvudmännen redan är skyldiga att ha överenskommelser på plats för dessa patientgrupper, så minskar det, enligt förarbetena, risken för konflikter mellan huvudmännen om hur den enskildes fortsatta behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst ska tillgodoses i samband med utskrivningen från slutna vård (prop. 2016/17:106).

2.6 SÄRSKILT OM SEKRETESS

I den offentliga hälso- och sjukvården omfattas uppgifter om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden av sekretess, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)).



Privata verksamheter inom hälso- och sjukvården omfattas av sekretess- och tystnadspliktsregler i annan lagstiftning (6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL)), men utgångspunkten är att sekretesskyddet ska vara likvärdigt som i offentliga verksamheter (se prop. 1980/81:28).

Detta innebär att uppgifter om enskilda i hälso- och sjukvården som utgångspunkt omfattas av sekretess. Att det råder sekretess för uppgifterna innebär att en myndighet inte får röja dem för enskilda eller andra myndigheter om det inte finns särskilda undantag, sekretessbrytande bestämmelser som är tillämpliga i det enskilda fallet eller om det efter en menprövning anses möjligt att lämna ut uppgifterna. Ett exempel på en sekretessbrytande bestämmelse är den så kallade samtyckesbestämmelsen, som innebär att sekretessen som utgångspunkt inte hindrar att uppgifter om den enskilde lämnas ut, om denne samtycker till det (10 kap. 1 § och 12 kap. 2 § OSL).

Sekretess och inskrivningsmeddelande samt ny beräknad tidpunkt för utskrivning

I LoSUS framgår att den slutna vården ska skicka inskrivningsmeddelande och underrättelse om ny beräknad tidpunkt för utskrivning till berörda enheter (2 kap. 1 och 4 §§ LoSUS). I samband med att LoSUS trädde ikraft infördes även en ny sekretessbrytande bestämmelse i OSL (25 kap. 11 § OSL).

Bestämmelsen innebär att uppgifter om inskrivningsmeddelande och beräknad tidpunkt för utskrivning kan lämnas till en enskild utan hinder av sekretess. Genom denna bestämmelse kan uppgifter alltså lämnas till berörda enheter även om de drivs i privat regi (prop. 2016/17:106). Bestämmelsen är en anpassning till att det numera finns många privat drivna verksamheter inom till exempel den öppna vården och äldreomsorgen (prop. 2016/17:106).

Sekretess och underrättelse om att patienten är utskrivningsklar

Eftersom bestämmelsen om underrättelse om att patienten är utskrivningsklar inte är formulerad som en sekretessbrytande bestämmelse, innebär det att de vanliga reglerna om utlämnande av information ska tillämpas och att utlämnandet till stor del bygger på patientens samtycke (10 kap. 1 § och 12 kap. 2 § OSL).

Om patienten inte samtycker finns ändå vissa möjligheter till ett utlämnande. Sekretessbestämmelserna medger att ett utlämnande kan ske om uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denna lider men (25 kap. 1 § OSL). Formuleringen lämnar enligt förarbetena till OSL bland annat utrymme för uppgifter att lämnas till en annan vårdsektor i syfte att bistå patienten (prop. 1979/80:2).

Ibland kanske patienten inte själv har möjlighet att samtycka till ett utlämnande. Det kan bero på till exempel demens eller andra hälsorelaterade skäl (prop. 2007/08:126). Om en enskild på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till ett utlämnande, så finns bestämmelser om att sekretessen inte hindrar ett utlämnande till vissa utpekade aktörer i sådana situationer. Förutsättningen är att utlämningen behövs för att patienten ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd (25 kap. 13 § OSL).

Vid informationsöverföring i samband med utskrivning gäller till viss del samma resonemang som för underrättelse om att patienten är utskrivningsklar ovan. Utgångspunkten ska i båda fallen vara ett väl utvecklat samarbete med patienten och att hälso- och sjukvården alltid i första hand undersöker patientens inställning till uppgiftslämnandet (prop. 2016/17:106).

2.7 ÖVERGÅNGSBESTÄMMELSER GÄLLER UNDER 2018

Övergångsbestämmelser

(...)

2. För patienter som vårdas i slutna psykiatrisk vård ska fram till och med den 31 december 2018 kommunens betalningsansvar enligt 5 kap. 4 § inträda först 30 dagar efter det att den underrättelse enligt 3 kap. 1 § skickats, om inte kommunen och landstinget i enlighet med 4 kap. 5 § har kommit överens om annat.

(...)

(Källa: LoSUS)



Under 2018 gäller vissa övergångsbestämmelser för patienter som vårdas i slutna psykiatrisk vård. Bestämmelserna innebär att patienterna undantas från den nya lagens skärpta tidsfrister och ger verksamheterna en längre period att anpassa sig till de nya reglerna, om inte huvudmännen kommer överens om annat.

De patienter som omfattas av undantaget för frisdagar är de som vårdas inom hälso- och sjukvårdens slutna psykiatriska enheter och de patienter som vårdas i slutna psykiatrisk tvångsvård och slutna rättspsykiatrisk tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård respektive lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (prop. 2016/17:106).





Landstingens och kommunernas utvecklingsarbete

I det här kapitlet beskriver vi det utvecklingsarbete som kommuner och landsting har initierat med anledning av den nya lagen. Vi beskriver också det nationella stöd från statliga stimulansmedel som beviljats i anslutning till lagens införande och det stöd och utvecklingsarbete som SKL har planerat och bedrivit på nationell nivå.

Kapitlet baseras på underlag från SKL samt på intervjuer, workshoppar och enkätstudier med representanter för patient-, brukar-, anhörig och pensionärsorganisationer samt till samordnare för kommuner och landsting och företrädare för psykiatrin. Enkäten besvarades av samordnare i 18 av 21 landsting, företrädare för psykiatrin i 14 landsting samt samordnare för kommunerna i 10 av 21 län. De 10 samordnarna för kommunerna representerar tillsammans drygt hälften av landets kommuner.

En viktig del av utvecklingsarbetet har bestått i att ta fram överenskommelser och riktlinjer. Vi har därför gjort en kartläggning av dessa dokumenters innehåll som vi redogör för i kapitlet.

Sammanfattningsvis visar vår uppföljning att ett utvecklingsarbete har initierats med varierande inriktning på nationell, regional och lokal nivå. Kommuner och landsting har bedrivit utvecklingsarbete inom fyra huvudsakliga områden:

- information till personalen
- utbildning av personalen
- införande och utveckling av it-system
- införande av nya rutiner och processer.



En stor del av arbetet har genomförts under 2017 och 2018, men det finns också insatser som pågår eller planeras inom samtliga områden. Vår studie visar att patient-, brukar-, anhörig-, och pensionärsorganisationer har involverats i utvecklingsarbetet på regional och lokal nivå, framför allt i planeringsstadiet.

Överenskommelser och riktlinjer har tagits fram i de flesta län. Majoriteten utgår från den nya lagens skrivningar för när kommunens betalningsansvar ska inträda (3 dagar), men antalet dagar varierar i länen mellan 2 till 5 dagar. När och om betalningsansvaret utfaller i praktiken beror också på andra villkor och kriterier. Det finns tre övergripande lösningar för utformningen av betalningsansvaret och majoriteten av länen använder en så kallad genomsnittsmodell.

Regeringen beviljade under 2017 och 2018 totalt 24 miljoner till SKL och till kommuner och landsting för utvecklingsarbete och stöd till införandet av den nya lagen. SKL har bland annat inriktat sitt utvecklingsarbete på att ge stöd till kommuner och landsting vid framtagande av överenskommelser och riktlinjer samt till mötesplatser för erfarenhetsutbyte mellan länen. Samordnarna i kommuner och landsting är positiva till det nationella stödet som getts. Men de efterfrågar även andra nationella insatser, bland annat för att stödja gemensam utveckling av it-system, mer enhetlig statistik och uppföljning samt stöd för att hantera och tolka lagstiftning som rör delad patientinformation.

3.1 NATIONELLT STÖD GENOM STATLIGA STIMULANSMEDEL FÖR ATT STÖDJA INFÖRANDET AV LAGEN

Regeringen beviljade under 2017 och 2018 sammanlagt 24 miljoner kronor till kommuner och landsting för att stödja införandet av den nya lagen. SKL ansökte om och administrerade medlen. Merparten av stimulansmedlen gick direkt till kommuner och landsting – totalt 18,6 miljoner kronor. Drygt en femtedel av medlen (5,4 miljoner kronor) gick till SKL för att finansiera SKL:s nationella stöd och utvecklingsarbete.

3.1.1 En fjärdedel av medlen 2017 finansierade SKL:s arbete med nationell samordning och stöd till kommuner och landsting

År 2017 beviljade regeringen SKL 12 miljoner kronor för nationell samordning och stöd till kommuner och landsting inför införandet av den nya lagen. SKL hade redan ett pågående arbete med att ge stöd till kommuner och landsting inför införandet av den nya lagen, bland annat genom en mötesplats på regional nivå.

Av de 12 miljonerna avsattes 3 miljoner för att finansiera SKL:s nationella stöd och utvecklingsarbete. Den största delen av medlen – 1 av de 3 miljonerna – var tänkta att finansiera insatser som SKL benämner *värderingar, personcentrerad vård och teamarbete. Uppföljning* genom insamling av nationella data var också ett prioriterat område – 700 000 kronor avsattes till sådana insatser. Tabell 1 visar SKL:s planerade fördelning av ansökta medel 2017 (SKL 2017a).

Tabell 1. SKL:s planerade fördelning av stimulansmedel på olika områden år 2017.

Aktivitet	Tusentals kronor
Mötesplatser för dialog och erfarenhetsutbyte	100
Överenskommelser mellan kommuner och landsting	200
Information och kommunikation	300
Stödmaterial om SIP och fast vårdkontakt	100
Vägledning om läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg	300
Trygg hemgång – rapport om framgångsfaktorer	100
Vårdplanering i virtuell miljö – aktuella erfarenheter	200
Värderingar, personcentrerad vård och teamarbete	1 000
Uppföljning	700
Totalt	3 000

Källa: SKL 2017a.

I en uppföljning i februari 2018 redogjorde SKL för det utvecklingsarbete som de genomfört under 2017 (SKL 2018a). Insatserna bestod bland annat av

- stöd vid framtagande av överenskommelser, riktlinjer och samordnad individuell planering (SIP)
- ett nätverk för erfarenhetsutbyte där ansvariga i länen träffats
- ett webbaserat samarbetsrum där frågor diskuteras och dokument delas
- medverkan vid regionala möten, konferenser och seminarier med kommuner och landsting
- möten med nätverk för till exempel hälso- och sjukvårdsdirektörer och socialchefer
- filmer, websändningar, en webbplats och information till patienter inom psykiatri
- en rapport om arbetssättet *Trygg hemgång* till kommuner, som beskriver framgångsfaktorer och fallgropar med arbetssättet
- dialog med it-leverantörer om utveckling av it-stöd.



3.1.2 Stöd under 2018 för att stödja implementering av överenskommelser och rutiner

SKL beviljades 12 miljoner kronor i stimulansmedel av regeringen även 2018. Av dessa avsattes 2,4 miljoner för att finansiera SKL:s nationella stöd och utvecklingsarbete. Resterande medel (9,6 miljoner kronor) fördelades till kommuner och landsting.

En ambition inför SKL:s nationella utvecklingsarbete 2018 var att arbeta för att omsätta överenskommelser och rutiner i praktik, bland annat genom stöd till regionala samverkansstrukturer och regionalt och lokalt utvecklingsarbete. SKL skulle också bidra till att utveckla kommunernas förmåga att ta emot utskrivningsklara patienter. De områden som skulle prioriteras, enligt SKL:s ansökan av medel, under 2018 var *nätverk för regionala utvecklingsledare inom äldreområdet, kommunikation, handläggning av komplexa ärenden och uppföljning och utvärdering*. Tabell 2 visar SKL:s planerade fördelning av ansökta medel 2018 (SKL 2018b).

Tabell 2. SKL:s planerade fördelning av stimulansmedel på olika områden år 2018.

Aktivitet	Tusentals kronor
Regionala nätverk för riktlinjer och överenskommelser	100
Nätverk inom äldreområdet	600
Spridning av nya metoder och arbetssätt	300
Stöd till införande av digitalt kommunikationsstöd	150
Kommunikation	400
Mobila team och läkarmedverkan i kommunal omsorg	100
Handläggning av komplexa ärenden	400
Uppföljning och utvärdering	350
Totalt	2 400

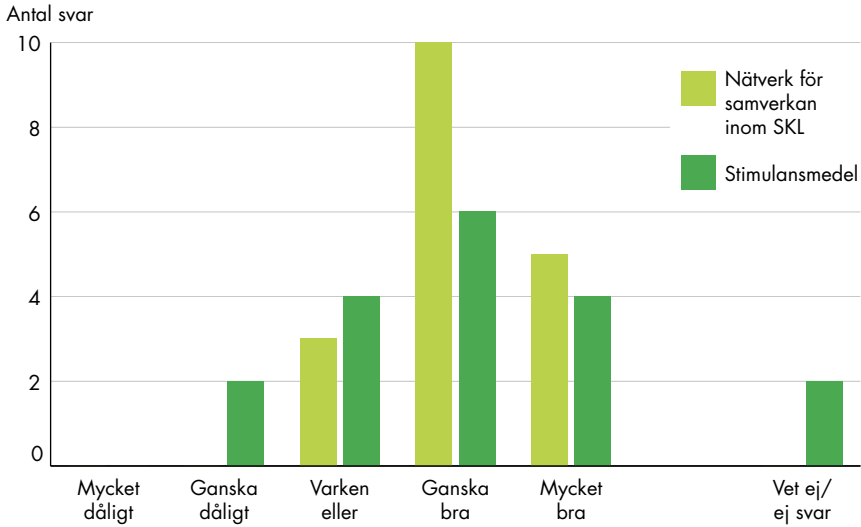
Källa: SKL 2018b.

3.2 POSITIV UPPFATTNING OM DET NATIONELLA STÖDET HOS KOMMUN- OCH LANDSTINGSSAMORDNARE

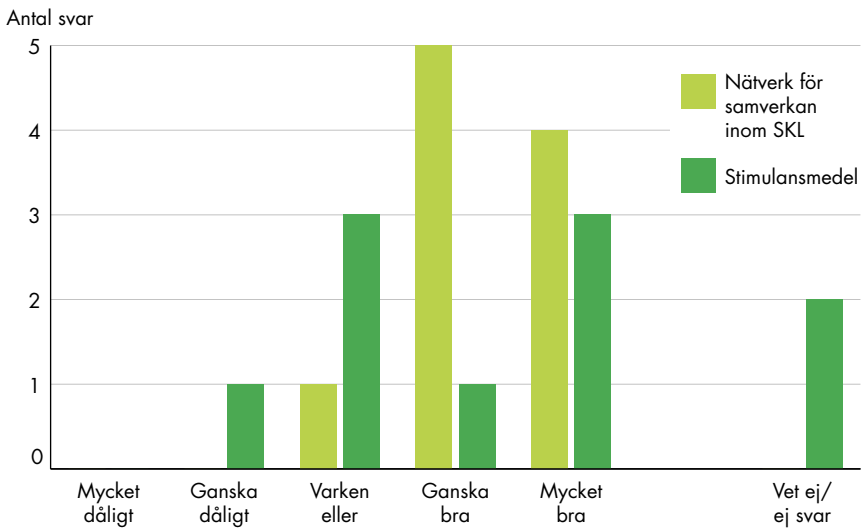
I den enkät som vi genomfört har vi frågat samordnarna i kommuner och landsting om hur de uppfattar det nationella stödet kring införandet av den nya lagen. Stödet är dels det stöd som getts via SKL genom ett nätverk för samverkan och erfarenhetsutbyte där samordnarna träffats, dels de stimulansmedel som utgått till länen från regeringen via SKL.

Vår studie visar att samordnare inom både kommuner och landsting är positiva till det nationella stödet i (se figur 3a och 3b).

Figur 3a. Uppfattningar inom landstingen om det nationella stödet kring införandet av den nya lagen. Antal svar från samordnare för landstingen per svarsalternativ. Baseras på 18 svar.



Figur 3b. Uppfattningar inom kommunerna om det nationella stödet kring införandet av den nya lagen. Antal svar från samordnare för kommunerna per svarsalternativ. Baseras på 10 svar.



Källa: Vårdanalys enkät 2018.



SKL:s nätverk för samverkan och erfarenhetsutbyte uppfattas särskilt positivt – 15 av 18 samordnare för landstingen uppfattar det som ganska eller mycket bra. Bland samordnare för kommunerna upplever 9 av 10 att nätverket för samverkan och erfarenhetsutbyte har varit ganska eller mycket bra.

Det finns också positiva uppfattningar om stimulansmedlen som utgått från regeringen via SKL. Samordnare i 10 av 18 landsting uppfattar stödet som ganska eller mycket bra. Motsvarande positiva omdömen gav 6 av 10 samordnare för kommunerna i länen.

Samordnarna uppfattar det som positivt att stimulansmedlen riktats till båda huvudmännen gemensamt, eftersom det främjat gemensamma aktiviteter. Aktiviteterna har i sin tur främjat samverkan, menar flera samordnare. I vissa län med många kommuner tycker samordnarna att stimulansmedlen är för små för att kunna göra skillnad.

3.2.1 Nationellt stöd efterfrågas inom flera områden

Vi har frågat samordnarna för kommuner och landsting samt företrädarna för psykiatrin vad de anser skulle kunna utvecklas i det nationella stödet kring införandet av den nya lagen. Områden som återkommer är:

- stöd inför att den nya lagen trädde i kraft, för att minska risken för att lagen tolkas olika, till exempel genom en nationell vägledning från Socialstyrelsen
- stöd, vägledning och tolkning av lagstiftning som rör sekretess, samtycke och delad patientinformation
- nationella krav på gemensam utveckling av de it-system som behövs för att uppfylla den nya lagens krav
- enhetlig, nationell information till medborgare om den nya lagen och vilka rättigheter hen har när det gäller till exempel SIP
- stöd för att möjliggöra mer enhetlig statistik och uppföljning
- stöd till socialtjänsten och dess professioner för att uppfylla kraven på god socialtjänst
- fortsatt stöd via SKL genom det nationella nätverket som samlar regionala samordnare.

Företrädarna för psykiatrin lyfter i stort sett samma områden som samordnarna. Till exempel ser även de ett behov av stöd kring lagstiftning som rör sekretess, samtycke och delad patientinformation. De anger också andra områden i behov av ett nationellt stöd, till exempel:

- stöd för att stärka förutsättningarna för den fasta vårdkontakten att svara upp mot patientens behov
- nationella insatser för att öka kunskapen om den fasta vårdkontaktens roll i vårdkedjan, särskilt hos dem som ska verka som fast vårdkontakt
- nationella insatser riktade till socialtjänstens verksamheter för att öka kunskapen om den nya lagen och medvetenheten om det kommunala ansvaret, till exempel för insatser för patienter som vårdats inom rättspsykiatrisk slutenvård
- nationella insatser för att stärka psykiatrisk vård för barn och unga
- fortsatta nationella stimulansmedel som riktas till både kommuner och landsting för att främja gemensamma aktiviteter och mötesplatser.

3.3 KOMMUNER OCH LANDSTING HAR BEDRIVIT ETT BRETT UTVECKLINGSARBETE

I följande avsnitt beskriver vi det regionala och lokala utvecklingsarbetet i kommuner och landsting som genomförts, påbörjats eller planerats med anledning av den nya lagen. Avsnittet baseras på vår enkät och på underlag från SKL.

Vi beskriver först övergripande hur de stimulansmedel som fördelades av SKL till kommuner och landsting 2017 har använts. Därefter redogör vi för det utvecklingsarbete som pågår inom kommuner och landsting under 2018. Vi följer inte upp användningen av de nationella medlen i den här rapporten, utan fokuserar framför allt på *vad* som gjorts i kommuner och landsting, baserat på vår enkätstudie, intervjuer och workshoppar.

I vår enkät har vi frågat om landstingen och kommunerna har påbörjat, planerat eller genomfört utvecklingsarbete med anledning av den nya lagen. Vi frågade också efter vilken fas utvecklingsarbetet befinner sig i. Samma frågor ställdes till företrädare för psykiatrin.

3.3.1 Utvecklingsarbetet 2017 fokuserade på mötesplatser, överenskommelser och riktlinjer

SKL fördelade 9 miljoner kronor till kommuner och landsting 2017. Medlen var tänkta att disponeras gemensamt av kommuner och landsting i länen för att sprida information, föra dialog samt arbeta fram lokala och regionala riktlinjer och rutiner kopplat till den nya lagen.



Kommuner och landsting fick utifrån lokala förutsättningar välja hur medlen skulle disponeras (SKL 2017a). SKL konstaterade i en uppföljning att parterna i länen använt medlen för 2017 på olika sätt. Framför allt hade medel använts till att skapa mötesplatser för parterna om den nya lagen. Medel hade också använts till att ta fram överenskommelser och riktlinjer, utveckla it-stöd samt genomföra utbildningar och informationsinsatser (SKL 2018a).

3.3.2 Utvecklingsarbete pågår inom flera områden under 2018

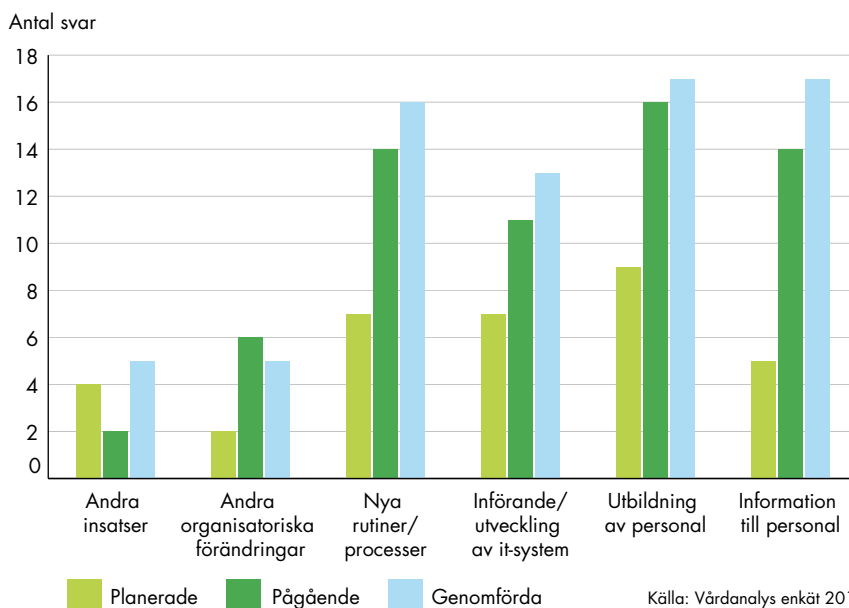
SKL fördelade 9,6 miljoner kronor till kommuner och landsting 2018. Medlen var avsedda att användas gemensamt av huvudmännen i respektive län, för att stödja införande av nya rutiner och arbetssätt så att de överenskommelser och rutiner som arbetats fram kunde omsättas i praktiken (SKL 2018b).

Vår enkät visar att det utvecklingsarbete som initierats i kommuner och landsting har skett inom fyra huvudsakliga områden:

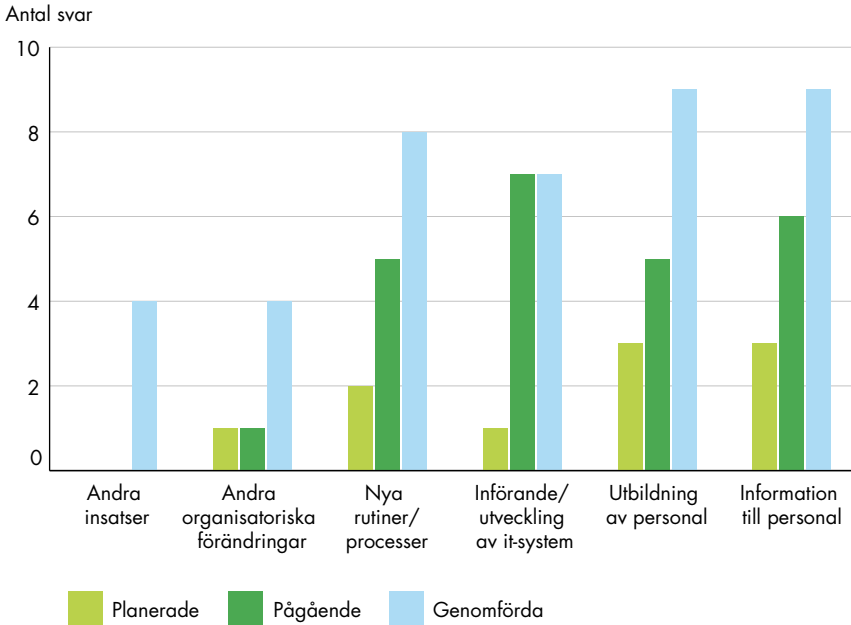
- information till personalen
- utbildning av personalen
- införande och utveckling av it-system
- införande av nya rutiner och processer.

Figur 4 och 5 visar landstingens och kommunernas utvecklingsarbete, baserade på svaren från samordnare.

Figur 4. Utvecklingsarbete inom landsting. Antal svar från samordnare för landstingen per svarsalternativ. Baseras på 18 svar. Flera svar kunde anges.



Figur 5. Utvecklingsarbete inom kommuner. Antal svar från samordnare för kommunerna per svarsalternativ. Baseras på 10 svar. Fler svar kunde anges.



Källa: Vårdanalys enkät 2018.

De flesta har genomfört informationsinsatser till personal

Samtliga kommun- och landstingssamordnare som svarat på vår enkät anger att de arbetat med olika typer av informationsinsatser som antingen är genomförda, pågår eller planeras.

Informationsinsatserna har bland annat handlat om information på regionala seminarier och konferenser samt information till politiker, ansvariga chefer och nyckelpersoner. Inom psykiatrin har det till exempel anordnats informationsmöten mellan öppen- och slutenvården. Informationsmaterial som broschyrer, trycksaker och filmer har också tagits fram. I till exempel ett län har utbildningsfilmer gjorts för utskrivnings- och SIP-processen.

Informationsinsatser har också riktats till patienter och anhöriga

Information om den nya lagen har också getts till patienter, brukare och anhöriga visar vår enkät. Alla 18 landsting som svarat på vår enkät har på olika sätt informerat patienter och anhöriga om innehållet i den nya lagen. Information om den nya lagen har främst getts muntligt (17 stycken) eller skriftligt (14 stycken) till patienter i samband med utskrivning. Drygt hälften



av landstingen (12 stycken) har tagit fram webbinformation eller skriftligt informationsmaterial till patienter (13 stycken). Landstingens psykiatriska verksamheter har också informerat patienter och anhöriga om innehållet i den nya lagen. Informationen har skett både muntligt (7 stycken) och skriftligt (6 stycken) i samband med utskrivning.

Information till brukare och anhöriga har också getts från kommunerna. Av de 10 kommunsamordnare som svarat på vår enkät har 7 angett att kommunerna i länet har informerat patienter, brukare och anhöriga om innehållet i den nya lagen. Det har framförallt skett muntligt (7 av 10) och skriftligt (7 av 10) i samband med utskrivning, men även genom webb-information (4 av 10) och skriftligt informationsmaterial till patienter (5 av 10).

Utbildning av personalen har genomförts i hög grad

Samtliga kommun- och landstingssamordnare som svarat på vår enkät anger att de arbetat med olika typer av utbildningsinsatser, som antingen är genomförda, pågår eller planeras.

De olika formerna av utbildningar har riktats främst till personal inom kommuner och landsting i de verksamheter som ska följa den nya lagen. En del av utbildningarna har varit gemensamma för personal hos båda huvudmännen. Man har också genomfört verksamhetsnära utbildning till exempel om nya arbetsprocesser, kvalitet i SIP och it-stöd. Samordnare i länen har också deltagit i SKL:s aktiviteter, som nätverk, konferenser och workshoppar.

Utvecklingsinsatser om it-system i de flesta landsting

Utveckling av it-system har varit i fokus i utvecklingsarbetet, enligt samordnarna för de flesta kommuner och landsting. Landstingen och kommunerna har it-system som används för dokumentation, informationsöverföring och uppföljning inom och mellan huvudmännen. En handfull olika system används i länen, till exempel Prator, Lifecare och Cosmic Link.

Samtliga samordnare för både landsting och kommuner som svarat på vår enkät anger att de arbetat med utveckling av it-system. I 11 landsting pågick fortfarande i september 2018 utveckling av systemen för att de ska kunna möta kraven i lagstiftningen.

Utvecklat nya rutiner och processer

Samtliga samordnare för kommuner och landsting som svarat på vår enkät anger att de har arbetat med eller håller på att arbeta med att utveckla nya rutiner och processer i verksamheterna. Det handlar till stor del om att anpassa och införa rutiner och processer enligt de riktlinjer som huvudmännen tagit

fram med anledning av lagen, till exempel för den fasta vårdkontakten och för samordnad individuell plan (SIP). Vi beskriver de riktlinjer och rutiner som ligger till grund för utvecklingsarbetet i avsnitt 3.5.

Tagit initiativ till andra organisationsförändringar

Även andra former av organisationsförändringar har initierats till följd av den nya lagen. Det har till exempel handlat om att arbetsgrupper har tillsatts och att personal har anställts i verksamheterna. Exempelvis har sjuksköterskor anställts inom öppenvård psykiatri i ett landsting.

Annat utvecklingsarbete pågår

Annat utvecklingsarbete som pågår eller har genomförts i länen är till exempel förstärkning av primärvården, utveckling av mobila team och framtagande av en portabel *SIP-väska*, för att kunna utföra samordnad individuell planering i hemmet. Möten mellan närliggande län har också skett, i syfte att utbyta kunskaper och erfarenheter. I ett län har ett personcentrerat utvecklingsarbete pågått (faktaruta 2).

Faktaruta 2. Ett exempel på ett personcentrerat utvecklingsarbete.

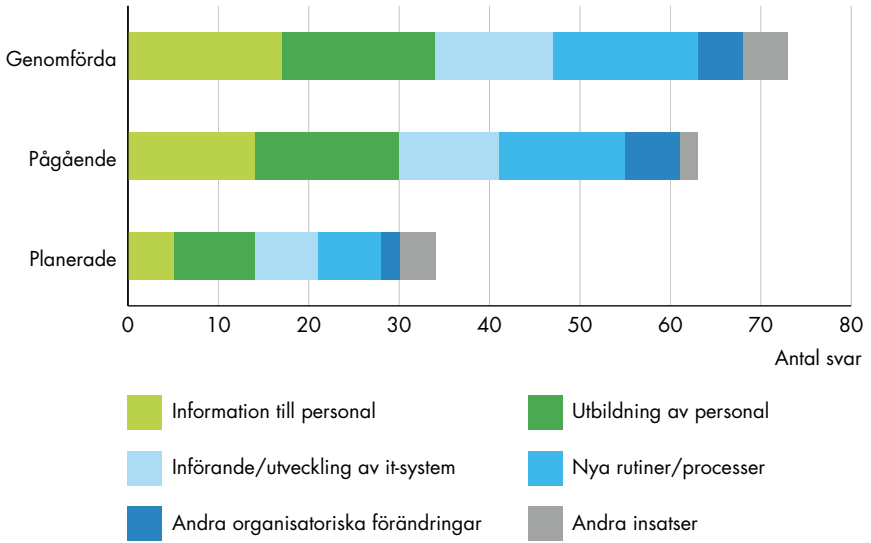
I Sörmlands län har ett personcentrerat utvecklingsarbete pågått. Syftet med projektet har varit att identifiera utmaningar ur patientens perspektiv vid införandet av de nya riktlinjerna för utskrivning från slutenvård. Projektet har undersökt vilka nya arbetsätt och verktyg som bäst underlättar för organisationerna att ta till sig de nya riktlinjerna om ett personcentrerat arbetssätt, och vilka förändringar som behöver göras för att uppnå en effektiv och trygg utskrivning ur ett patient- och närstående perspektiv. Projektet har bedrivits av processledare från FoU i Sörmland med stöd av landstinget och forskare, och har involverat deltagare från båda huvudmännens verksamheter som deltar i utskrivningsprocessen. Slutrapportering av projektet skedde i oktober 2018 (Wetter-Edman 2018).

3.3.3 Mycket utvecklingsarbete är genomfört – annat pågår och planeras

En stor del av arbetet har genomförts under 2017 och 2018, men det finns också insatser som pågår eller planeras inom samtliga områden. Figurerna 6 och 7 visar i vilken fas landstingens och kommunernas utvecklingsarbete befinner sig i.

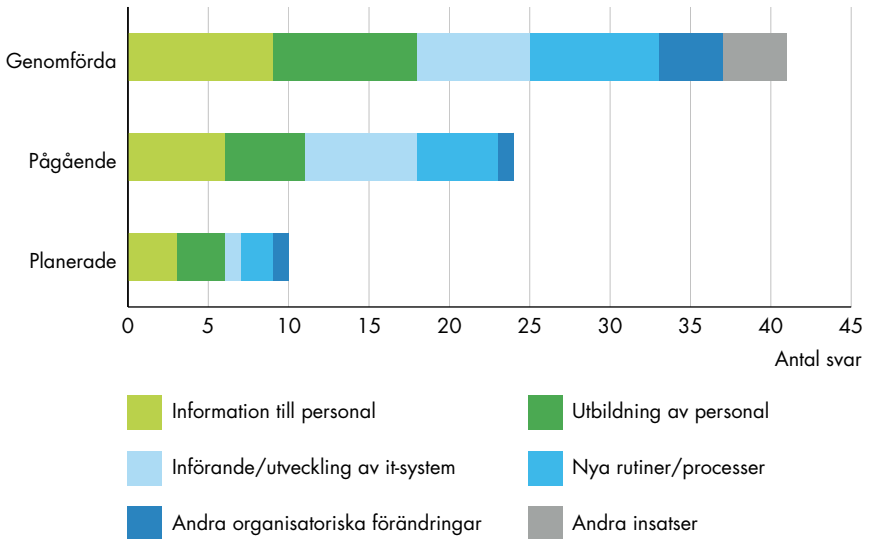


Figur 6. Utvecklingsarbete inom landstingen och fas i arbetet. Antal svar från samordnare för landstingen per svarsalternativ. Baseras på 18 svar. Flera svar kunde anges.



Källa: Vårdanalys enkät 2018.

Figur 7. Utvecklingsarbete inom kommuner och fas i arbetet. Antal svar från samordnare för kommunerna per svarsalternativ. Baseras på 10 svar. Fler svar kunde anges.



Källa: Vårdanalys enkät 2018.

3.3.4 Samordnarna rapporterar att patient-, pensionärs- och brukarorganisationer har deltagit i arbetet

Vi har frågat samordnarna i landstingen och kommunerna samt företrädarna för psykiatrin om patienter, brukare och anhöriga fått information om och deltagit i utvecklingsarbetet med anledning av den nya lagen. Om så är fallet har samordnarna redogjort för hur det har gått till.

Av enkäten framgår att patienter och anhöriga har involverats i arbetet med utvecklingsarbetet. Det har skett i något lägre utsträckning inom kommunerna än landstingen; samordnare för kommuner i 3 av 10 län uppger att brukare och anhöriga involverats medan 12 av 18 samordnare för landstingen uppger att patienter och brukare involverats. Även enligt de flesta företrädare för psykiatrin har patienter och anhöriga involverats i utvecklingsarbetet kring den nya lagen (9 av 14).

Av enkäten framgår att patienter och anhöriga framförallt har deltagit under planeringsfasen och i lägre utsträckning under genomförandet av utvecklingsarbetet inom både landstingen och kommunerna.

Patienterna och brukarna har bland annat representerats av patient-, pensionärs- och brukarorganisationer i arbetsgrupper och på andra samverkansarenor. Bland annat har patienter och brukare varit närvarande vid framtagande av riktlinjer och informationsmaterial och deltagit i genomförandearbete och i diskussioner om ikraftträdandet av den nya lagen. Till exempel har brukarorganisationer, funktionshindersråd och pensionärsråd deltagit i arbetet.

3.3.5 Representanter för patient, brukar och anhörigorganisationer ger en annan bild

Svaren från vår enkät till representanterna för patient-, anhörig-, pensionärs- och brukarorganisationer visar på en delvis annorlunda bild än den som beskrivs ovan. Vi har frågat Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) och Pensionärernas riksorganisation (PRO) och SPF Seniorerna om och hur de uppfattar att deras medlemmar har deltagit i utvecklingsarbetet med den nya lagen. De uppfattar att patienter och brukare deltagit i arbetet i mycket låg grad.

Bara 3 av 22 representanter uppgav att patienter och brukare från deras organisation deltagit i utvecklingsarbetet i länet. Samtidigt innebär den låga svarsfrekvensen (bara 22 av 74 tillfrågade representanter har svarat) att vi inte kan dra några långtgående slutsatser utifrån enkätsvaren. Enkätsvaren ger ändå en bild av hur målgrupperna uppfattar patienternas och brukarnas



deltagande. Flera företrädare anser att involvering av patienter och brukare behöver utvecklas. Bland annat pekar de på att attityderna inom verksamheterna behöver förändras. En brukarrepresentant beskriver det så här:

” Det måste till en öppnare attityd hos professioner på olika nivåer. Viss personal inser allt mer behovet av brukarmedverkan, dock inte längre upp i hierarkin. Där anser man sig veta ”hur det ska göras”.

3.4 ÖVERENSKOMMELSER FINNS I DE FLESTA LÄN

Enligt den nya lagen *får*, som beskrivits i kapitel 2, kommuner och landsting träffa en överenskommelse om när kommunens betalningsansvar ska inträda och till vilket belopp. En central del av huvudmännens utvecklingsarbete under 2017 och 2018 har varit att gemensamt ta fram dessa överenskommelser.

Vår kartläggning och enkätstudie som gjordes i juni till augusti 2018 visar att kommuner och landsting i 19 län har ingått en sådan överenskommelse. De flesta överenskommelser ingicks januari 2018 och resten under första kvartalet 2018. I vissa län hade arbete med att ta fram överenskommelser påbörjats redan under 2016 och 2017. Överenskommelserna har varierande giltighetsdatum. Hälften av överenskommelserna (9 av 19) är giltiga tills vidare, den andra hälften har angivna datum när de ska revideras (från 2018 till 2020). I tre län är överenskommelsen tillfällig under 2018.

3.4.1 Överenskommelserna reglerar betalningsansvaret

Ett huvudsyfte med överenskommelserna är att reglera när kommunens betalningsansvar ska inträda och till vilket belopp. Men vår kartläggning visar att de också har andra syften. De ska bland annat:

- utgöra en grund för utformningen av de länsgemensamma riktlinjer och rutiner som tagits fram
- tydliggöra parternas roller och ansvar på ett övergripande sätt
- skapa förutsättningar för samverkan och stödja att syftet med den nya lagen uppnås
- skapa en trygg och effektiv övergång från sluten vård till öppen vård
- främja en god vård på rätt vårdnivå och en socialtjänst av god kvalitet för den enskilde, där leddiderna är så korta som möjligt.

3.4.2 De flesta överenskommelser definierar begrepp

De flesta överenskommelser innehåller definitioner av viktiga begrepp i utskrivningsprocessen, till exempel *utskrivningsklar*, *sluten vård*, *öppen vård* och *fast vårdkontakt*. Definitionerna utgår till stor del från lagstiftningen och Socialstyrelsens termbank, men skiljer sig också till viss del åt. Även begrepp som inte direkt anges i lagstiftningen eller i termbanken definieras, exempelvis *säker utskrivning* och *hemgångsklar*. Dessa begrepp fyller en viktig funktion när kommunernas betalningsansvar utformas. Vi återkommer till det i avsnitt 3.4.

- **Utskrivningsklar** definieras i flera län på liknande sätt, enligt den nya lagen eller utifrån Socialstyrelsens termbank. Till exempel finns följande definition i ett län: ”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”.
- **Hemgångsklar** definieras på liknande sätt i flera län:
 - ”Behandlande läkare har bedömt att personen är utskrivningsklar”
 - ”Behandlande läkare har tagit ställning till egenvård enligt rutin”
 - ”Personen har fått skriftlig information inför hemgång”
 - ”Fast vårdkontakt har utsetts av regionens öppna vård”
 - ”Nödvändig information för en trygg och säker utskrivning har överförts till de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande”
 - ”Nödvändiga hjälpmedel och medicinteknisk utrustning är tillgängliga för personen”.
- **Säker utskrivning** definieras till exempel enligt kriterierna för hemgångsklar ovan, med tillägget att ”kommunens socialtjänst och/eller hemsjukvård också ska vara aktiverad och beredd att ta emot och utföra eventuella insatser”.

3.4.3 Målgruppen i enlighet med lagens formuleringar

Den målgrupp som överenskommelserna avser är i de flesta län ”personer i alla åldrar som efter utskrivning från den slutna vården behöver insatser från socialtjänst och/eller den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården”.

Ett fåtal överenskommelser lyfter fram även andra målgrupper, till exempel barn och unga.



3.4.4 Redogör för rutiner för tvister

De flesta överenskommelser beskriver rutiner för hur eventuella tvister om överenskommelsen ska hanteras (16 stycken). Tvister och samarbetsproblem ska i första hand lösas på lokal chefsnivå, därefter lyftas till högre tjänstemannanivå och nämnder och i vissa fall avgöras i domstol.

3.4.5 Beskriver hur överenskommelsen ska följas upp

Majoriteten av överenskommelserna (16 stycken) innehåller formuleringar om att uppföljning av överenskommelsens mål ska göras. Drygt hälften (10 stycken) av överenskommelserna beskriver vilken part som ska ansvara för uppföljningen och i många av dem framgår också vilka områden eller indikatorer som ska följas upp. Exempelvis anges att uppföljning ska göras av

- antal samordnade individuella planer (SIP)
- antal utskrivningsklara dagar
- återinskrivningar
- verkställd betalning för utskrivningsklara
- oplanerade återinläggningar och undvikbar slutenvård
- upplevd delaktighet från patienter.

3.5 SÅ UTFORMAS KOMMUNERNAS BETALNINGSANSVAR I ÖVERENSKOMMELSERNA

Ett huvudsyfte med överenskommelserna är att utforma när kommunens betalningsansvar ska inträda och till vilket belopp. Vår kartläggning visar att utformningen av kommunens betalningsansvar beskrivs i de flesta överenskommelser. Det framkommer inte alltid tydligt i överenskommelsen om parterna har förhandlat fram villkoren, eller om de följer den nya lagens formuleringar. Se kapitel 2 för närmare beskrivning av den nya lagens formuleringar om betalningsansvaret.

3.5.1 Betalningsansvar efter tre dagar i de flesta län

De flesta län (14 stycken) följer den nya lagens skrivningar om tidpunkten för när kommunens betalningsansvar ska inträda efter utskrivning från slutet somatisk vård om en överenskommelse inte ingåtts, det vill säga 3 dagar.

Antalet dagar som ligger till grund för utformningen av när kommunens betalningsansvar ska inträda varierar i länen mellan 2 till 5 dagar, visar vår

genomgång av överenskommelser. Sju län har avtalat om kortare eller längre tidsfrister än 3 dagar: fem län har avtalat om kortare tidsfrist än 3 dagar och två län har eller har haft så kallade övergångsregler under hela eller delar av 2018, vilket innebär 5 dagars tidsfrist enligt de gamla bestämmelserna (1990:1404) (bilaga 2).

När och om betalningsansvaret utfaller i praktiken beror också på andra villkor och kriterier. Dels på lagens bestämmelser dels på regionalt överenskomna villkor och kriterier (se kapitel 2 och avsnitten som följer). Parterna har till exempel i flera län kommit överens om att tidsfristen ska ha överskridits under en viss tid innan kommunens betalningsansvar inträder (se avsnitt 3.4.4).

3.5.2 Ersättningsbelopp i de flesta län utgår från genomsnittet

Vår kartläggning visar att de flesta län (14 stycken) utgår från den nya lagens skrivningar när det gäller det ersättningsbelopp som kommunen ska betala per vård dygn. Det innebär att de utgår från det belopp som motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vård dygn i den slutna vården (se 6 §). Under 2018 är beloppet 7 100 kronor. Sex län har avtalat om andra belopp, som i samtliga fall ligger lägre än genomsnittsbeloppet (se bilaga 2).

3.5.3 Några län har kommit överens om psykiatrisk vård

För den slutna psykiatriska vården gäller övergångsbestämmelser enligt den nya lagen fram till 1 januari 2019. Det innebär att under 2018 inträder kommunens betalningsansvar först 30 dagar efter det att en underrättelse om utskrivning har skickats, om inte kommunen och landstinget har kommit överens om annat.

Fem län har redan nu kommit överens om en kortare tidsgräns som ligger till grund för beräkning av betalningsansvaret inom den psykiatriska vården under 2018. Två län har enats om 20 dagar, ett län om 15 dagar och två län om 3 dagar (se bilaga 2). I de flesta län (16 stycken) infaller betalningsansvaret efter 30 dagar.

3.5.4 Betalningsansvaret utformas på olika sätt

Överenskommelserna beskriver också närmare vilka villkor och kriterier som ligger till grund för hur kommunens betalningsansvar utformas. Parterna har utformat olika villkor och lösningar som ligger till grund för utformningen av betalningsansvaret.



Vår kartläggning visar att det finns tre övergripande lösningar som utformas på relativt komplicerade sätt. De övergripande modellerna är

- genomsnittsmodell (med varianter)
- individuell beräkningsmodell
- genomsnittsmodell kombinerad med individuell beräkningsmodell.

De flesta län använder en genomsnittsmodell

De flesta län använder en modell som vi kallar genomsnittsmodell. Modellen baseras på ett faktiskt genomsnitt av utskrivningsklara dagar för samtliga utskrivningsklara patienter under en viss tid, i regel en månad. Om genomsnittet överskrider det antal dagar man kommit överens om (i de flesta län 3 dagar) under en viss tid inträder kommunens betalningsansvar. Se faktaruta 3 för ett exempel.

Faktaruta 3. Exempel på genomsnittsmodell (Skåne). Baserat på länets överenskommelse.

Om övriga villkor i lagen är uppfyllda inträder betalningsansvaret när det genomsnittliga antalet dagar i slutenvård efter utskrivningsklar överskrider 2,80 kalenderdagar per kommun under en kalendermånad. Beräkning sker enligt följande: genomsnittligt antal kalenderdagar minus 2,80 multiplicerat med antal utskrivna patienter multiplicerat med genomsnittskostnaden i riket för ett vårddygn i den slutna vården.

Den tid som genomsnittet ska ha överskridit tidsgränsen varierar i länen mellan en till tre månader. I vissa län ska till exempel genomsnittet överskridas minst två av tre senaste månader för att kommunens betalningsansvar ska inträda. Varianter av genomsnittsmodellen finns också, till exempel i Sörmland. Där baseras modellen dels på att det genomsnittliga antalet dagar i slutenvården ska ha överstigit den fastställda tidsgränsen (3 dagar) tre månader i rad, dels på att en gemensam analys och åtgärder först görs innan betalningsansvaret inträder i praktiken. Ett syfte med modellen är att främja samverkan och tillit mellan huvudmännen genom att ge utrymme för flexibilitet, dialog och lärande, enligt samordnare för landstinget i Sörmland. De kallar modellen för en genomsnittsbaserad tillitsmodell (se faktaruta 4).

Faktaruta 4. Exempel på genomsnittsbaserad tillitsmodell (Sörmland). Baserat på länets överenskommelse.

Ekonomisk reglering inträder om det genomsnittliga antalet dagar i slutenvård efter utskrivningsklar överskrider tre kalenderdagar under tre månader i följd. Om det genomsnittliga antalet dagar i slutenvård överstiger tre dagar ska en gemensam analys och lämpliga åtgärder genomföras. Om problemet kvarstår månad tre ska kommunen ersätta landstinget på individnivå från och med månad fyra.

Individuell beräkningsmodell utgår från den nya lagens formulering

En handfull län utgår enbart från den nya lagens formuleringar i utformningen av kommunens betalningsansvar (se 5 kap. 1–6 §§). Det innebär till skillnad från genomsnittsmodellen att betalningsansvaret inträder för varje enskild utskrivningsklar patient som stannat inom slutenvården mer än det avtalade antalet dagar (till exempel 3 dagar).

Genomsnittsmodell kombinerat med individuella beräkningar

I somliga län kombineras genomsnittsmodellen med individuella beräkningar. Individuella beräkningar görs för utskrivningsklara patienter som stannat inom slutenvården ett större antal dagar, exempelvis om antalet dagar som utskrivningsklar överskrider 7. Betalningsansvaret inträder då, i likhet med den individuella beräkningsmodellen, för varje enskild utskrivningsklar patient som också ersätts individuellt. Dessa patienter räknas inte alltid med i genomsnittet (se faktaruta 5).

Faktaruta 5. Exempel på betalningsmodell (Gävleborg). Baserat på länets överenskommelse.

När det dröjer mer än sju (7) kalenderdagar från underrättelse om att en patient är utskrivningsklar tills utskrivning sker, övergår den genomsnittliga kalenderdagsberäkningen till en individuell beräkning av ersättningskyldigheten. Kommunen ska då erlagga ersättning för de dagar som överskrider tre (3) kalenderdagar. Detta är samma gräns som finns i lagstiftningens förslag. Dessa patienters dagar ska faktureras separat och ska då inte räknas med i månadens genomsnittliga kalenderdagar som ligger till grund för övrig eventuell fakturering.

3.5.5 Vissa undantag görs från kommunens betalningsansvar

De regionalt överenskomna villkoren och kriterierna innehåller också utformning av vissa undantag från kommunens betalningsansvar.

Flera överenskommelser utgår från den nya lagens skrivningar om att kommunens betalningsansvar *inte ska* inträda om ”patienten inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att insatser som den öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga, eller att det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga” (5 kap. 5 §). Andra undantag från kommunens betalningsansvar som formuleras rör patienter som är utskrivningsklara men inte *hemgångsklara*, eller patienter som bedömts utskrivningsklara men där kriterier för *säker utskrivning* inte är uppfyllda. I avsnitt 3.4.2 finns exempel på vad som avses med hemgångsklar och säker utskrivning.



3.6 RIKTLINJER KONKRETISERAR RUTINER, ANSVAR OCH ROLLER

Framtagande av riktlinjer som rör den nya lagen har varit en annan viktig del av huvudmännens utvecklingsarbete under 2017 och 2018. Enligt lagen ska landsting och kommuner i samråd utarbeta gemensamma riktlinjer till vårdgivare och till dem som bedriver socialtjänst (4 kap. 4 §). Vår kartläggning och enkätstudie visar att samtliga 21 län har tagit fram sådana riktlinjer. Dokumenten utformas på olika sätt med olika omfattning och detaljeringsgrad.

Vår kartläggning visar att riktlinjerna främst syftar till att omsätta lagstiftning och överenskommelser till praktik.

Syftet och målen med riktlinjerna anknyter till den nya lagens målformuleringar på olika sätt, men har också varierande fokus. Till exempel formuleras följande mål:

- Vården är trygg och säker och socialtjänsten av god kvalitet genom hela in- och utskrivningsprocessen.
- Ledtiderna är så korta som möjligt vid utskrivning från slutenvård.
- Individerna känner sig delaktiga och har inflytande och upplever trygghet i samband med hemgång från slutenvård.
- Riktlinjerna är grunden för att upprätta lokala rutiner så att patient-säkerhet och ledtider säkras.

3.6.1 Länen har också tagit fram andra riktlinjer

Länen har också tagit fram andra riktlinjer som en följd av att den nya lagen införts. Av de 18 landsting som besvarat enkäten anger 15 att de har tagit fram eller reviderat andra riktlinjer som en följd av den nya lagen. Bland annat har man arbetat fram riktlinjer för SIP, hemsjukvård, fast vårdkontakt och informationshantering.

Avtal om läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård samt en regelbok för primärvården är andra exempel på nya riktlinjer som en följd av den nya lagen. Den psykiatriska hälso- och sjukvården har till exempel tagit fram gemensamma riktlinjer för patienter som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller inom rättspsykiatrisk vård (LRV).

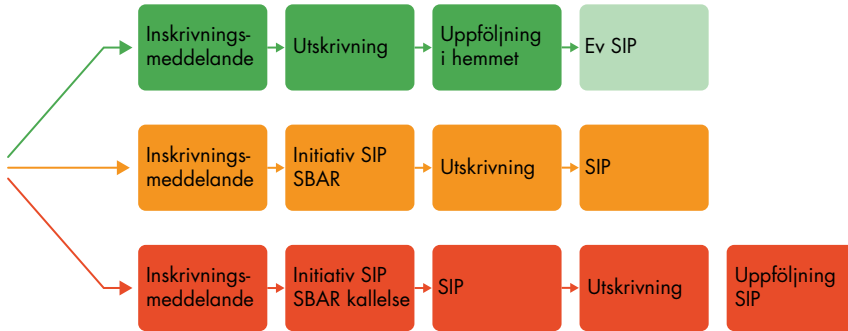
3.6.2 Riktlinjerna består av rutiner och processbeskrivningar

De flesta riktlinjer är utformade som relativt detaljerade rutin- och processbeskrivningar av utskrivningsprocessen. Flera län har utgått från

överenskommelsernas mer övergripande beskrivningar av ansvar och roller och konkretiserat dessa i riktlinjerna.

Flera län har utformat olika rutiner för hur utskrivningen ska göras beroende på patientgrupp, ärendets komplexitet och patientens behov. I till exempel Sörmland beskrivs processen i tre olika spår. Spåren avser det stöd som patienten bedöms behöva efter utskrivning från slutenvård.

Figur 8. Sörmlands läns process vid utskrivning från sluten vård.



* SBAR (situation, bakgrund, aktuellt, rekommendation) – struktur för kommunikationen och informationsöverföring.

Grön process: Patient som skrivs ut från sjukhuset med samma eller likartade insatser som innan sjukhusvistelsen eller som har mindre nytillkomna insatser som inte behöver startas samma dag som hemgång.

Gul process: Patient som skrivs ut från sjukhuset med insatser som ska startas upp samma dag som hemgång.

Röd process: Patient som skrivs ut från sjukhuset med insatser med stor komplexitet eller behov av mycket omfattande insatser.

Källa: Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård i Sörmland (2018).





Utgångsläget vid införandet av lagen

I det här kapitlet beskriver vi utgångsläget vid införandet av lagen. Vi kan konstatera att det saknas statistik på nationell nivå för att följa upp de övergripande målen med lagen, exempelvis hur vården och omsorgen vid utskrivning fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv. Det saknas också nationell statistik för att göra en mer heltäckande uppföljning av den nya lagen ur ett verksamhetsperspektiv (se vidare i kapitel 6). Beskrivningen av utgångsläget baseras i det här kapitlet därför på den nationella statistik som är tillgänglig och relevant för vårt uppdrag. Vi tittar på vilka patienter som skrivs ut från slutenvården, baserat på underlag från Socialstyrelsen. Vi beskriver också den vårdtid som patienten varit utskrivningsklar, och hur den utvecklats över tid. Dessutom tittar vi på hur oplanerade återinskrivningar för äldre patienter har utvecklats.

Under 2014 skrevs drygt 1 120 000 patienter ut från slutenvården. Av dessa vårdades flertalet (cirka 93 procent) inom den somatiska vården, medan cirka 7 procent vårdades inom psykiatrin. Av de som skrevs ut från slutenvården hade drygt 330 000 fortsatt kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och drygt 220 000 hade kommunala omsorgsinsatser (till exempel särskilt boende, hemtjänst i ordinärt boende eller trygghetslarm) enligt socialtjänstlagen. Drygt 50 000 patienter hade både kommunala vård- och omsorgsinsatser.

Vi har följt upp hur länge patienter väntar från att de har bedömts vara utskrivningsklara till dess att de skrivs ut från slutenvården. Under 2018 ser vi en minskning i antalet dagar som utskrivningsklar inom somatiska slutenvården. För den psykiatriska vården varierar vårdtiden som utskrivningsklar över tid och bortfallet är stort. Det är därför svårt att dra slutsatser om trenden inom psykiatrin. Inom psykiatrin är det även få vårdtillfällen i flera län, vilket gör resultatet särskilt känsligt för långa



respektive korta vårdtider. För såväl den somatiska som den psykiatriska vården är spridningen stor i antal dagar som patienter är utskrivningsklara både mellan och inom länen.

Vår analys visar att det finns problem i den nationella statistiken som rör indikatorn "vårdtid som utskrivningsklar". Dels finns det ett bortfall i inrapporteringen till SKL:s väntetidsdatabas från landsting och kommuner, dels omfattar denna statistik inte patienter som skrivs ut samma dag som de bedöms vara utskrivningsklara. Vår analys väcker frågor om datamaterialets representativitet för att kunna följa utvecklingen på nationell nivå och analysera geografiska skillnader. Det gäller särskilt utvecklingen inom psykiatrin.

Sammantaget ser vi därför ett behov av en översyn av definitionen av indikatorn och en analys av de data som rapporteras in till SKL. De osäkerheter som finns behöver också synliggöras och diskuteras, inte minst då det är ett stort fokus på vårdtid som utskrivningsklar i uppföljningen av lagen. Diskussioner pågår mellan SKL och landsting och kommuner om hur statistiken kan utvecklas.

När det gäller indikatorn "oplanerad återinskrivning" är vår bedömning att det krävs en analys av data på lokal nivå i landstingens och kommunernas it-stöd för att kunna följa utvecklingen för de patienter som är målgrupp för lagen.

4.1 1,1 MILJONER PATIENTER SKREVS UT FRÅN SLUTENVÅRDEN 2014

Socialstyrelsen har i rapporten *Om övergångar mellan slutenvård och öppen vård och omsorg* från 2017 kartlagt patienter som vårdas inom slutenvården och som får kommunal vård och omsorg. Kartläggningen bygger på data från patientregistret, registret över kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser och registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och avser 2014.

Här återger vi resultatet av Socialstyrelsens kartläggning. Den beskriver utskrivning från slutenvården flera år innan den nya lagen trädde i kraft. Men den ger samtidigt en övergripande bild av hur många patienter som skrevs ut från slutenvården, och hur många som hade fortsatta insatser från kommunal hälso- och sjukvård och omsorgsinsatser enligt socialtjänstlagen, det vill säga särskilt boende, hemtjänst i ordinärt boende, matdistribution, trygghetslarm och korttidsplats. Vi har i det här avsnittet valt att använda begreppet kommunal omsorg eftersom Socialstyrelsen använder det.

Under 2014 skrevs drygt 1 120 000 patienter ut från slutenvården, av dessa var 51 procent kvinnor och 44 procent var 65 år eller äldre. Cirka 93

procent hade fått vård inom den somatiska vården, medan cirka 7 procent hade fått vård inom psykiatrin.

Av de som skrevs ut från slutenvården under 2014 fick drygt 330 000 fortsatt kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och 220 000 fick kommunala omsorgsinsatser enligt socialtjänstlagen (se tabell 3).

Tabell 3. Totalt antal patienter utskrivna från sjukhus, antal patienter som därefter fått kommunal hälso- och sjukvård eller omsorg, per län och i riket under 2014.

Län	Utskrivna	Kommunal vård	Kommunal omsorg
Blekinge	18 413	8 731	3 975
Dalarna	35 744	12 261	7 715
Gotland	7 851	2 112	1 433
Gävleborg	33 979	8 419	6 949
Halland	35 703	10 653	6 707
Jämtland Härjedalen	15 268	5 797	3 196
Jönköping	44 655	18 780	9 089
Kalmar	32 553	15 781	6 608
Kronoberg	21 530	8 968	4 190
Norrbottnen	31 247	14 000	6 761
Skåne	143 604	57 259	29 417
Stockholm	246 361	*24 426	47 506
Södermanland	31 594	9 135	6 043
Uppsala	34 680	11 236	5 794
Värmland	33 152	16 231	7 201
Västerbotten	32 915	10 169	5 820
Västernorrland	29 862	10 493	5 822
Västmanland	30 054	9 220	5 514
Västra Götaland	183 696	53 664	36 169
Örebro	31 465	12 976	6 200
Östergötland	47 497	14 109	9 112
Totalsumma	1 121 823	334 420	221 221

Not: Från Stockholm län rapporteras bara kommunal hälso- och sjukvård som bedrivs på särskilda boenden, eftersom hemsjukvård i ordinärt boende drivs av landstinget. Ett undantag finns – Norrtälje kommun bedriver kommunal hälso- och sjukvård både i ordinärt och särskilt boende. Patienter från rättspsykiatrin, liksom primärvårdsdata ingår inte.

Källa: Patientregistret, registret över kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser och registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.



Av de drygt 220 000 patienter som fick kommunal omsorg efter utskrivning kunde en eller flera insatser vara aktuella. Bland insatserna dominerade hemtjänst och trygghetslarm (se tabell 4). Flest insatser gavs till patienter som var 80 år eller äldre, varav de flesta var kvinnor.

Tabell 4. Antal omsorgsinsatser som beviljats till personer som skrivits ut från sjukhus, fördelat på kön och ålder, under 2014 i Sverige.

Typ av insats	0–64 år		65–79 år		80+ år		Totalt
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	
Särskilt boende	1 238	960	5 518	5 212	12 707	25 070	50 705
Hemtjänst	5 883	6 569	18 068	22 683	26 473	49 217	128 893
Korttidsplats	883	684	3 208	2 291	4 629	5 475	17 170
Trygghetslarm	4 215	4 768	16 158	21 049	26 248	51 490	123 928
Matdistribution	1 346	945	4 560	5 102	7 969	14 806	34 728
Totalt	13 565	13 926	47 512	56 337	78 026	146 058	355 424

Not: Det saknas data över åtgärder avseende kommunal hälso- och sjukvård i de nationella registren. Det saknas också data över primärvård som ges av landsting.

Källa: Urval från patientregistret och uppgifter från registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

4.1.1 53 000 utskrivna personer behövde kommunal vård och omsorg

Av de patienter som skrevs ut under 2014 behövde drygt 53 000 patienter insatser från kommunal hälso- och sjukvård och omsorg. Majoriteten av de med fortsatta behov av vård och omsorg var 65 år eller äldre, och de flesta var 80 år eller äldre. Bland dessa patienter var det fler kvinnor än män (se tabell 5).

Tabell 5. Andel personer som efter utskrivning från sjukhus fått både kommunal hälso- och sjukvård och omsorg (%), samt totalt antal personer, fördelat på kön och ålder, per län och i riket under 2014.

Län	0–64 år	65–79 år	80+ år	Män	Kvinnor	Totalt antal
Blekinge	5	25	70	36	64	1 223
Dalarna	6	24	70	38	62	2 109
Gotland	8	25	67	38	62	285
Gävleborg	4	29	67	37	63	1 421
Halland	6	25	69	37	63	1 881
Jämtland	6	31	63	40	60	914

Tabell 5. (forts.)

Län	0–64 år	65–79 år	80+ år	Män	Kvinnor	Totalt antal
Jönköping	7	25	68	35	65	2 811
Kalmar	6	26	68	37	63	2 226
Kronoberg	8	23	69	35	65	1 402
Norrbottn	8	29	63	39	61	2 083
Skåne	7	27	66	36	64	8 223
Stockholm	2	23	75	33	67	5 335
Sörmland	8	28	64	38	62	1 387
Uppsala	8	26	66	40	60	1 455
Värmland	7	26	67	35	65	2 309
Västerbotten	7	26	67	33	67	1 561
Västernorrland	7	29	64	38	62	1 785
Västmanland	6	24	70	39	61	1 581
Västra Götaland	6	26	68	38	62	9 279
Örebro	6	28	66	35	65	2 062
Östergötland	5	26	69	38	62	2 431
Riket	6	26	68	37	63	53 763

Källa: Urval från patientregistret samt uppgifter från samkörning av registret över kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser och registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

4.2 VÅRDTID SOM UTSKRIVNINGSKLAR MINSKADE UNDER 2018 FÖR DEN SOMATISKA VÅRDEN MEN DET FINNS PROBLEM MED STATISTIKEN

Ett av huvudsyftena med den nya lagen är att utskrivning sker så snart som möjligt efter det att patienten har bedömts vara utskrivningsklar. Sedan 2014 har SKL samlat in data om vårdtid som utskrivningsklar för den somatiska vården och sedan 2017 för den psykiatriska vården.

Det som mäts är dagar (vårdtid) i genomsnitt som utskrivningsklara patienter varit utskrivningsklara under mätperioden. Faktaruta 6 redogör för definitionen och beräkningen av indikatorn vårdtid som utskrivningsklar. De data som vi har analyserat inom ramen för den här uppföljningen har skickats till oss från SKL i september 2018 och inkluderar material för januari 2014–augusti 2018. SKL redovisar data över vårdtid som utskrivningsklar på webbplatsen Väntetider i vården.



Faktaruta 6. Beskrivning av indikatorn vårdtid som utskrivningsklar.

Beräkning:

- Medelvårdtid som utskrivningsklar för de patienter som skrivits ut under mätperioden.
- Täljaren utgörs av den sammanlagda vårdtid då patienter, utskrivna under mätperioden, varit utskrivningsklara.
- Nämnaren utgörs av antalet avslutade vårdtillfällen under mätperioden, där patienten haft vårdtid som utskrivningsklar. Den dag när patienten blir utskrivningsklar räknas inte in i vårdtid som utskrivningsklar.

Mätpopulation:

- Alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård under en mätperiod. Avslutade vårdtillfällen vid somatiska respektive psykiatriska slutenvårdsenheter mäts var för sig. Under åren 2014–2016 gjordes mätningen på alla avslutade vårdtillfällen där patienten var 65 år eller äldre vid utskrivningen. Från 2017 görs inget sådant åldersurval.

Regiontillhörighet:

- Regiontillhörigheten utgår från i vilket län och kommun den utskrivningsklara patienten är folkbokförd.

Tidsperiod:

- Data på nationell nivå finns från och med 1 januari 2014 för den somatiska vården och från 2017 för den psykiatriska vården.

Insamling av data:

- Data rapporteras till SKL som svarar för publicering i ackumulerad form på webbplatserna Vården i siffror och Väntetider i vården.

Källa: (SKL 2018)

I avsnittet nedan vi fördjupar vi oss i definitionen av indikatorn vårdtid som utskrivningsklar och de utmaningar som vi har identifierat. Därefter redovisar vi resultat för indikatorn "vårdtid som utskrivningsklar" för de patienter som skrivs ut efter en dag eller senare efter att de bedömdes vara utskrivningsklara. Data skickas in till SKL från landsting och kommuner varje månad. Uppdateringar av tidigare månaders data kan förekomma i samband med att nya data rapporteras in. Det innebär att den statistik som vi redovisar i det här kapitlet kan skilja sig från vad som redovisas på webbplatsen Väntetider i vården.

4.2.1 Vår analys väcker frågor om representativitet

Vår analys visar att det finns problem med definitionen av indikatorn vårdtid som utskrivningsklar. Vår analys väcker även frågor om representativiteten i de data som rapporteras in till SKL. Det finns till exempel ett bortfall i

rapporteringen från flera län. Det begränsar möjligheterna att dra slutsatser om effekterna av lagen.

Vår slutsats är att det behövs en översyn av definitionen av indikatorn och en analys av de data som rapporteras in till SKL. Det är även viktigt att de osäkerheter som finns redovisas, synliggörs och diskuteras, inte minst eftersom det är ett stort fokus på vårdtid som utskrivningsklar i uppföljningen av lagen.

Diskussioner pågår mellan SKL och landsting och kommuner om hur statistiken kan utvecklas. Det pågår även insatser i länen för att automatisera inrapporteringen till SKL.

Nedan listar vi några utmaningar med indikatorn vårdtid som utskrivningsklar och de data som samlas in av SKL. Vi kommer även att fördjupa oss i den här frågan i den fortsatta uppföljningen av lagen.

Bortfall i inrapporteringen från flera län

Under den period som vi har analyserat, det vill säga januari 2014 till augusti 2018, finns ett bortfall i inrapporteringen under kortare eller längre perioder från flera län. Det ger en osäkerhet i materialets representativitet för riket som helhet. Till exempel saknas data helt för Skåne under februari till augusti 2018. För den psykiatriska vården saknas data helt från Stockholm under 2017 och 2018. Det innebär att bilden av utvecklingen av "vårdtid som utskrivningsklar" på nationell nivå inte är komplett. För att belysa hur bortfallet påverkar våra beräkningar av medelvärden redovisar vi i det här kapitlet resultatet både med och utan bortfall.

Stora variationer i antal vårdtillfällen som rapporteras in till SKL

Vi har noterat att antalet vårdtillfällen som rapporteras in till SKL från länen och som utgör grunden för analysen av vårdtid som utskrivningsklar varierar, även justerat för befolkningsstorlek. Störst skillnader ser vi inom psykiatrin. Dessa skillnader väcker frågor om vilka personer som omfattas av den nya lagen, och därmed vilka patienter som rapporteras in från respektive län.

Extremvärden behöver analyseras vidare

I de data som vi har analyserat hittar vi exempel på vårdtillfällen med mycket långa vårdtider som utskrivningsklar. Inom psykiatrin har vi observerat värden som överstiger 600 dagar. Eftersom extremvärden kan få stor betydelse – inte minst vid analyser på kommunnivå - ser vi ett behov av ökad kvalitetssäkring av de data som rapporteras in till SKL från landsting och kommuner. Vi ser även enstaka exempel på medelvärden för vårdtid som utskrivningsklar som understiger en dag vilket tyder på fel i rapporteringen av data till SKL.



Ändrad praxis kan påverka jämförelser bakåt i tiden.

Bestämmelserna i den nya lagen innebär att betalningsansvaret ska inträda tre dagar efter det att en underrättelse skickats. Men om en sådan underrättelse skickas efter klockan 12.00, ska kommunens betalningsansvar inträda efter fyra dagar. Enligt bestämmelserna i den tidigare betalningsansvarslagen skulle betalningsansvaret inträda fem vardagar (oavsett när under dagen beskedet lämnades) efter det att landstinget anmält hos kommunen att personen var inskriven eller ska skrivas in vid vårdinrättningen. Vår slutsats är att dessa skillnader i bestämmelsernas formulering kan påverka jämförelser bakåt i tiden. Vi har däremot inte i denna undersökning gjort en analys av i vilken grad den ändrade praxisen påverkar jämförbarheten.

Data över patienter som skrivs ut samma dag saknas vilket innebär att bilden av utvecklingen inte är komplett

I de data som SKL samlar in från länen och sammanställer på nationell nivå i Väntetidsdatabasen för vårdtid som utskrivningsklar saknas data över patienter som skrivs ut samma dag som de bedöms vara utskrivningsklara (även kallade nolldagar). I vissa län kan patienter som skrivs ut samma dag utgöra uppemot 85 procent av de patienter som skrivs ut under en månad. I det här kapitlet visar vi exempel på att medelvärdet för vårdtid som utskrivningsklar sjunker när patienter som skrivs ut samma dag som de bedöms vara utskrivningsklara tas med i beräkningen. Vi har däremot inte gjort en undersökning för samtliga län i analysen.

Det finns både argument för och emot att utesluta patienter som skrivs ut samma dag. För att skapa oss en bild av frågan har vi intervjuat den person inom SKL som är ansvarig för sammanställningen av data och representanter för några landsting (se faktaruta 7).

Vår sammantagna slutsats är att det är nödvändigt med en nationell definition av vårdtid som utskrivningsklar som möjliggör en transparent och enhetlig uppföljning på nationell och lokal nivå, oavsett vid vilken tidpunkt som en patient skrivs ut. Uppföljningen av vårdtid som utskrivningsklar kan ha flera syften: dels att följa upp problembilden och väntetider, dels att följa upp betalningsansvaret. Uppföljningen behöver kunna svara upp mot båda dessa syften. Även om det finns problem med indikatorn "vårdtid som utskrivningsklar" ser vi ett värde av att redovisa resultaten av indikatorn i den här delrapporten. Dels finns det en tidsserie bakåt i tiden för de patienter som får vänta mer än en dag innan de skrivs ut, dels kan analysen öka förståelsen för hur medelvärden räknas fram och statistiken ger en översiktlig bild av utvecklingen inom länen och mellan kommunerna inom ett län.

Faktabruta 7. Argument för och emot att utesluta patienter som skrivs ut samma dag i vårdtid som utskrivningsklar.

Argument för:

SKL:s argument för att utesluta dessa patienter är att indikatorn har funnits sedan 2014 och att en ändring av definitionen skulle påverka jämförelser bakåt i tiden. Indikatorn togs också fram med syftet att belysa storleken på problemet med utskrivningsklara patienter med fokus på de som blir kvar i slutenvården efter den dag de är utskrivningsklara. Ett annat argument som SKL lyfter fram är att det kan finnas skillnader i praxis mellan länen om vilka patienter som registreras i it-stöden och som vid inskrivningen bedöms utgöra målgruppen för lagen. I vissa län registreras ett datum för utskrivning för samtliga patienter som vårdas inom slutenvården, vilket innebär att samtliga patienter kommer att ha en angivelse om utskrivningsklar, oavsett om de har behov av fortsatta insatser från den öppna vården och socialtjänsten eller inte. För de patienter som inte har behov av fortsatta insatser kommer sannolikt en stor andel att skrivas ut samma dag som de bedöms vara utskrivningsklara. I andra län registreras bara de patienter som har omfattande samordningsbehov och är målgrupp för lagen, vilket innebär att andelen patienter som behöver vänta på fortsatta vård- eller omsorgsinsatser kommer att vara högre. De här skillnaderna i praxis för registreringen kan därmed ha en större påverkan på hur stor andel som skrivs ut samma dag än landstingens arbete med att effektivisera utskrivningsprocessen. Jämförelserna mellan länen kan därmed bli missvisande.

Argument mot:

Personer i flera landsting som vi har pratat med lyfter fram att statistiken blir missvisande om patienter som skrivs ut samma dag utesluts. I vissa län kan patienter som skrivs ut samma dag utgöra uppemot 85 procent av de som skrivs ut från slutenvården. Genom att ta bort dessa patienter fångas inte effektiviteten i deras arbete och deras strävan att skriva ut patienternas så tidigt som möjligt.

Andra argument som förs fram är att landstingens betalningsansvar beräknas utifrån samtliga patienter som är i behov av fortsatta insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården, oavsett om de skrivs ut samma dag som de bedöms vara utskrivningsklara eller senare. När den nationella statistiken skiljer sig från statistiken på länsnivå blir det tydligt hur lång vårdtiden som utskrivningsklar egentligen är. Andra argument som lyfts fram är att skillnader i registreringen i it-stöden inte ska vara ett hinder för en uppföljning som inkluderar patienter som skrivs ut samma dag.

4.2.2 Vårdtid som utskrivningsklar minskar i somatisk vård, enligt inrapporterade data

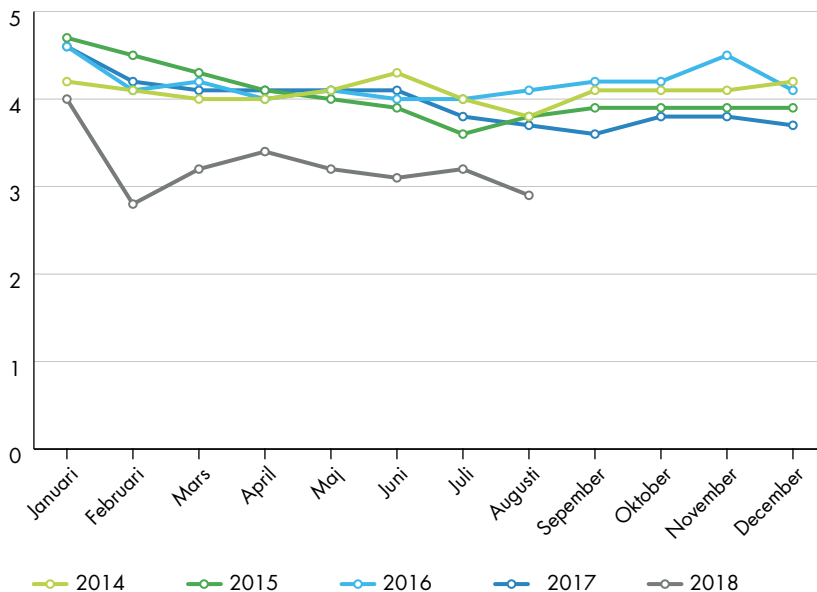
Figur 9 visar de genomsnittliga vårdtiderna som utskrivningsklar för 2014–2018, för de län och kommuner som har rapporterat in data till SKL. Under den här perioden var den genomsnittliga vårdtiderna lägst under 2018.

Men resultatet påverkas av bortfall i inrapporteringen till SKL. Det innebär att statistiken inte är komplett för riket och att beräkningen av medelvärden och jämförelser över tid påverkas. I följande analyser har vi



Figur 9. Vårdtid som utskrivningsklar januari 2014 till augusti 2018.

Antal dagar (medelvärde)



Källa: SKL 2018, Vårdanalys bearbetning.

därför justerat för bortfall, vilket innebär att vi tar bort de län där det saknas data för vissa månader i våra jämförelser över tid i riket eller på länsnivå. Som referenspunkt redovisar vi även vissa resultat utan justering för bortfall. Som vi nämner ovan omfattar inte heller analysen de patienter som skrivs ut samma dag som de som bedöms vara utskrivningsklara. Jämförelser bakåt i tiden påverkas även av att inrapporterade data under 2014 till 2016 enbart avsåg patienter som var 65 år eller äldre. Från och med 2017 gäller inte denna begränsning.

Data saknas för Jämtland–Härjedalen, Skåne, Västra Götaland och Östergötland för vissa månader under 2018

För 2018 saknas data för Jämtland–Härjedalen, Skåne, Östergötland och Västra Götaland under vissa månader under 2018 (se tabell 6). För 2017 finns data för samtliga län och månader.

Orsaken till bortfallet i Skåne är att anpassningen av deras it-stöd har hindrat överföring av data till den nationella nivån. Orsaken till bortfallet i Jämtland–Härjedalen under januari och februari är också utvecklingen av it-stöd. Men på lokal och regional nivå i dessa län har det varit möjligt att följa data avseende vårdtid som utskrivningsklar under den aktuella perioden. Vi har inte undersökt orsakerna till bortfallet i de andra länen. Det finns i vissa

Tabell 6. Bortfall i inrapporteringen till SKL, januari till augusti 2018.

Län	jan.	feb.	mars	april	maj	juni	juli	aug.
Jämtland Härjedalen	x	x						
Skåne		x	x	x	x	x	x	x
Östergötland							x	x
Västra Götaland								x

Not: Avser samtliga kommuner i de aktuella länen. Bortfallet som redovisas har observerats i data som har skickats från SKL till Vårdanalys i september 2018.

Källa: SKL 2018, Vårdanalys bearbetning.

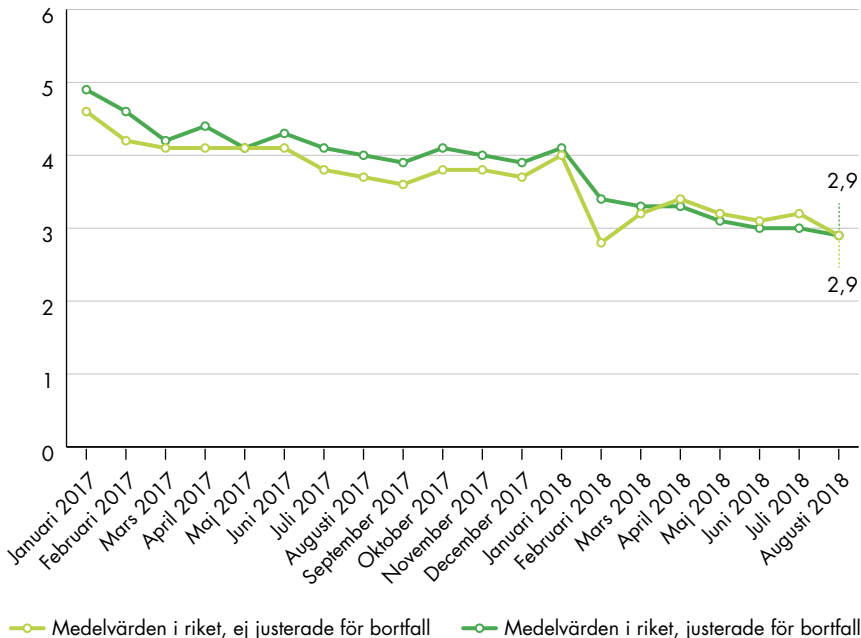
fall en eftersläpning i inrapporteringen till SKL, vilket innebär att bortfallet över tid kan minska. Det kan även finnas ytterligare bortfall som vi inte har kontrollerat för, exempelvis att inte alla vårdtillfällen har rapporterats in i de län där det finns data.

Minskade vårdtider i riket januari till augusti 2018 jämfört med 2017

Mellan januari till augusti 2018 sjönk det genomsnittliga antalet dagar för vårdtid som utskrivningsklar i riket, både med justering och utan justering för bortfall (se figur 10).

Figur 10. Vårdtid (antal dagar) som utskrivningsklar somatisk vård, januari 2017–augusti 2018 i riket.

Antal dagar (medelvärde)



Fotnot: Den mörkgröna linjen är justerad för bortfall, vilket innebär att data från Västra Götaland, Skåne, Jämtland-Härjedalen och Östergötland har tagits bort för 2017 och 2018.

Källa: SKL 2018, Vårdanalys bearbetning.

Under januari 2018 var det genomsnittliga antalet dagar i riket 4,1 dagar och i augusti 2018 2,9 dagar, justerat för bortfall. Utan justering var genomsnittet för i riket januari 4,0 dagar och 2,9 dagar för augusti 2018. Skillnaderna mellan justerade och ojusterade värden är därmed relativt små, men det är samtidigt oklart hur beräkningarna hade påverkats om vi hade haft tillgång till data från Västra Götaland, Skåne, Jämtland–Härjedalen och Östergötland för den aktuella perioden.

Sett över hela perioden januari till augusti 2018 var genomsnittet för vårdtid som utskrivningsklar 3,3 dagar, vilket kan jämföras med 4,3 dagar för motsvarande period 2017 (se tabell 7). Dessa värden är justerade för bortfall. Spridningen både mellan och inom ett län kan vara stora, vilket vi även belyser nedan.

Minskade vårdtider inom den somatiska vården rapporteras i 13 av 17 län under perioden januari till augusti 2018 jämfört med samma period 2017

När vi analyserar medelvärden för vårdtid som utskrivningsklar på länsnivå, drar vi slutsatsen att den genomsnittliga vårdtiden som utskrivningsklar för perioden januari till augusti 2018 har kortats i 13 av 17 län jämfört med samma period under 2017. I tabell 7 nedan är dessa län markerade med grön färg. Vi har tagit bort de län där det saknas data för en eller flera månader.

Tabell 7. Vårdtid som utskrivningsklar januari till augusti 2017 jämfört med januari till augusti 2018, per län.

Län	Medelvärde januari till augusti 2017	Medelvärde januari till augusti 2018	Skilnad i medelvärde 2017 jämfört med 2018, januari till augusti.	Medelvärde augusti 2018
Blekinge	3,4	1,9	-1,5	1,9
Dalarna	3,9	3,8	-0,2	4,2
Gotland	5,4	4,3	-1,1	5,1
Gävleborg	3,8	3,6	-0,3	2,7
Halland	3,9	3,8	-0,1	2,8
Jönköping	4,9	2,9	-2,0	2,3
Kalmar	2,6	3	0,4	2,2
Kronoberg	2,5	2,5	0	2,3

Tabell 7. (forts.)

Län	Medelvärde januari till augusti 2017	Medelvärde januari till augusti 2018	Skillnad i medelvärde 2017 jämfört med 2018, januari till augusti.	Medelvärde augusti 2018
Norrbotten	6,7	3,8	-2,9	2,3
Stockholm	3,9	4,2	0,2	4
Södermanland	5,3	3,6	-1,8	3,4
Uppsala	7,4	3,7	-3,7	3,1
Värmland	5,4	1,8	-3,6	1,7
Västerbotten	3,7	3,3	-0,4	3,1
Västernorrland	2,9	2,9	0,1	3,4
Västmanland	3,1	2,8	-0,3	2,7
Örebro	5,8	2,5	-3,2	2,2
Riket	4,3	3,3	-1,0	2,9

Not: Vi har tagit bort data för Västra Götaland, Skåne, Jämtland-Härjedalen och Östergötland. Siffrorna i tabellen är avrundade.

Källa: SKL 2018, Vårdanalys bearbetning.

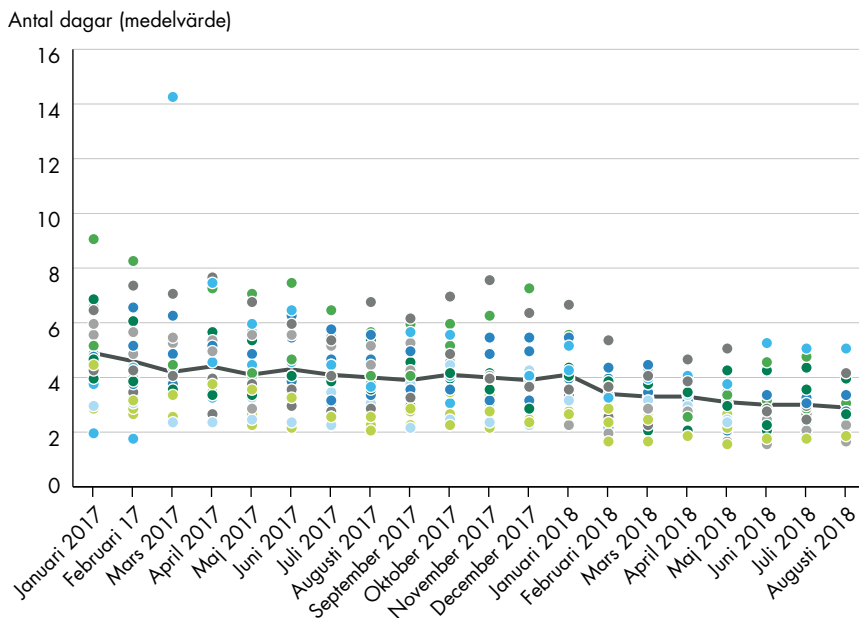
Stor spridning mellan och inom länen

Våra analyser visar att spridningen i vårdtid som utskrivningsklar är stor både mellan länen och inom ett län. Spridningen påverkar de framräknade medelvärdena, och det är därför viktigt att också analysera utvecklingen på läns- och kommunnivå. Analyser bör även göras mellan olika enheter inom vården och socialtjänsten inom ett län eller en kommun och ännu hellre på individnivå, men den detaljnivån finns inte i de data som vi har analyserat här. Figur 11 visar spridningen från medelvärdet i riket. Under 2018 fann vi de största skillnaderna i januari, när Norrbotten hade ett genomsnitt på 6,7 dagar och Värmland ett genomsnitt på 2,3 dagar.

Även inom ett län kan skillnaderna vara stora. Tabell 8 visar ett exempel på spridningen inom länen under en specifik månad, augusti 2018. Under den månaden i Dalarnas län, hade Hedemora och Orsa kommun ett genomsnitt på 1,0 dagar medan Avesta kommun hade ett genomsnitt på 9,0 dagar (se tabell 8).



Figur 11. Vårdtid (antal dagar) som utskrivningsklar januari 2017–maj 2018, uppdelad på kommuner.



Not: Prickarna i figuren utgör medelvärden för län. I kurvan som beskriver medelvärdet har vi justerat för bortfall och tagit bort data från Västra Götaland, Skåne, Jämtland–Härjedalen och Östergötland.

Källa: SKL 2018, Vårdanalys bearbetning.

Tabell 8. Vårdtid (antal dagar) som utskrivningsklar, kommuner med högst respektive lägst antal dagar i genomsnitt, augusti 2018.

Län	Kommun/kommuner med lägst antal dagar	Kommun med högst antal dagar
Blekinge	Olofström 1,2	Karlshamn, Karlskrona och Ronneby 2,1
Dalarna	Hedemora och Orsa 1,0	Avesta 9,0
Gotland	Ej relevant, Gotland utgör en kommun	Ej relevant, Gotland utgör en kommun
Gävleborg	Ljusdal och Nordanstig 1,0	Gävle 4,9
Halland	Laholm 2,0	Falkenberg 3,1
Jämtland	Härjedalen; Ragunda och Åre 1,5	Berg 4,0
Jönköping	Aneby och Sävsjö 1,0	Gnosjö 4,5
Kalmar	Högsby 1,0	Nybro 5,1
Kronoberg	Lessebo och Uppvidinge 1,0	Markaryd 3,0

Tabell 8. (forts.)

Län	Kommun/kommuner med lägst antal dagar	Kommun med högst antal dagar
Norrbottnen	Arjeplog, Jokkmokk, Pajala och Övertorneå 1,0	Gällivare och Kiruna 3,8
Stockholm	Norrköping 1,9	Huddinge 8,3
Södermanland	Katrineholm och Vingåker 1,9	Gnesta 7,8
Uppsala	Håbo 1,7	Östhammar 3,9
Värmland	Forshaga, Hammarö 1,2	Kristinehamn 3,3
Västerbotten	Malå och Robertsfors 1,0	Umeå 4,2
Västernorrland	Kramfors 1,5	Sollefteå 7,6
Västmanland	Skinnskatteberg 2,0	Sala 4,4
Örebro	Lindesberg 1,0	Karlskoga 2,6, Örebro 2,6

Fotnot: Vi har tagit bort data för Västra Götaland, Skåne, och Östergötland. Siffrorna i tabellen är avrundade.

Källa: SKL 2018, Vårdanalys bearbetning.

Antal vårdtillfällen varierar mellan kommunerna

Ju färre vårdtillfällen, desto känsligare blir resultatet om det finns patienter med mycket långa respektive mycket korta vårdtider som utskrivningsklar, när genomsnittet beräknas. I tabell 9 nedan redovisar vi antalet vårdtillfällen där landstingen har rapporterat in data till SKL. Under augusti 2018 uppgick det totala antalet vårdtillfällen till 4 174 och för hela perioden januari till augusti 2018 uppgick antalet vårdtillfällen till 33 358.

Skillnaden i antal vårdtillfällen är stor mellan länen (tabell 9 nedan). Antalet vårdtillfällen varierar, även justerat för befolkningsstorlek. Exempelvis rapporterades för den somatiska vården mer än tre gånger så många vårdtillfällen från Västra Götalands län som från Stockholms län under perioden januari till juli 2018 (data saknas för augusti för Västra Götalands län). Befolkningen i Västra Götalands län uppgick under september 2018 till drygt 1,7 miljoner och till drygt 2,3 miljoner i Stockholms län. Dessa skillnader väcker frågor om vilka personer som omfattas av den nya lagen, och därmed vilka patienter som rapporteras in från respektive län.

Dessa siffror kan även ställas i relation till det totala antalet vårdtillfällen inom slutenvården (som även inkluderar alla patienter som vårdas inom slutenvården, oavsett om de är målgrupp för lagen eller inte) som uppgick till drygt 1 266 000 för helåret 2017. Det ger 105 000 vårdtillfällen per månad, enligt Socialstyrelsens statistik (Socialstyrelsen 2018).



Tabell 9. Antal vårdtillfällen augusti 2018 respektive januari till augusti 2018.

Län	Augusti 2018	Januari till augusti 2018
Blekinge	93	718
Dalarna	91	894
Gotland	44	402
Gävleborg	82	1 232
Halland	207	1 832
Jämtland Härjedalen	107	Data saknas
Jönköping	290	2 279
Kalmar	192	1 638
Kronoberg	114	1091
Norrbottnen	275	1 934
Skåne	Data saknas	Data saknas
Stockholm	946	7 249
Södermanland	207	1 846
Uppsala	172	1 120
Värmland	358	2 779
Västerbotten	279	2 392
Västernorrland	209	1 807
Västmanland	244	1 958
Västra Götaland	Data saknas	Data saknas
Örebro	264	2 187
Östergötland	Data saknas	Data saknas
Totalsumma	4 174	33 358

Not 1: Data saknas för Jämtland–Härjedalen, Skåne, Västra Götaland och Östergötland för vissa månader.

Not 2: För perioden januari till juli rapporterades 22 166 vårdtillfällen in till SKL från Västra Götaland.

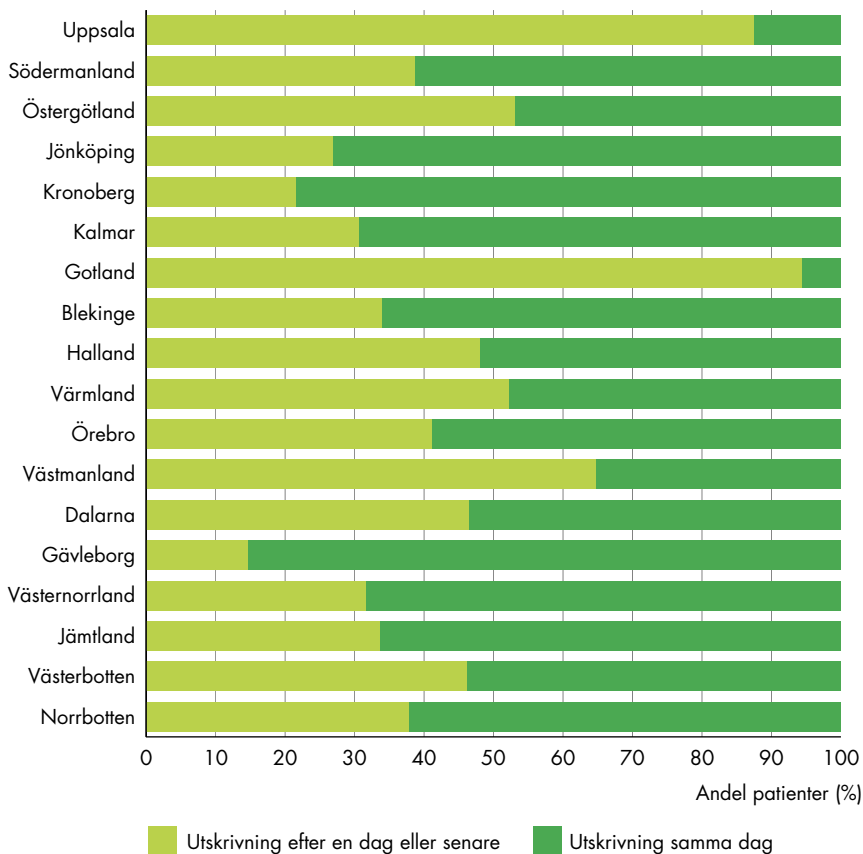
Källa: SKL 2018, Vårdanalys bearbetning.

Andelen patienter som skrivs ut samma dag varierar mellan länen

Med anledning av diskussionen om patienter som skrivs ut samma dag som de bedöms vara utskrivningsklara, har SKL genomfört en fördjupad analys av länsdata. Analysen visar att det finns stora skillnader mellan länen i andelen patienter som skrivs ut samma dag.

I figur 12 nedan redovisar vi data från de län som har skickat in statistik till SKL över patienter som skrivs ut samma dag. Figuren visar att andelen patienter som skrivs ut samma dag som de är utskrivningsklara varierar mellan länen. Vi har pratat med några länsrepresentanter som uppger att medelvärdet minskar för vårdtid som utskrivningsklar när patienter som skrivs ut samma dag som de är utskrivningsklara tas med i beräkningarna. Vi har inte undersökt hur resultatet påverkas i samtliga län av en sådan beräkning. Vi ser samtidigt ett behov av ytterligare analyser av de patienter som skrivs ut samma dag, och hur stor andel av dessa som är målgrupp för lagen.

Figur 12. Andel patienter som skrivs ut samma dag som de är utskrivningsklara, uppdelat på län där SKL har fått in data för denna analys, september 2018.



Källa: SKL 2018, Vårdanalys bearbetning.



4.2.3 Bortfall i data för psykiatrisk vård gör resultatet osäkert

Även för den psykiatriska vården finns ett bortfall i inrapporteringen till SKL under 2017 och 2018 från flera län. Under helåret 2017 var det sex län som under olika månader inte rapporterade in data. För januari till augusti 2018 var det också sex län som under olika månader inte rapporterade in data. För hela perioden 2017 till 2018 har vi därför tagit bort 10 län från de jämförande analyserna. Bortfallet innebär att bilden av den genomsnittliga vårdtiden i riket för den psykiatriska vården är begränsad (se tabell 10 och 11). Även för den psykiatriska vården saknas data för patienter som skrivs ut samma dag som de bedöms vara utskrivningsklara.

För den psykiatriska vården gäller övergångsbestämmelser till och med den 31 december 2018, vilket innebär att kommunens betalningsansvar ska inträda först 30 dagar efter det att ett inskrivningsmeddelande har skickats, om inte kommunen och landstingen har kommit överens om annat (se även kapitel 2). Vår sammanställning i kapitel 3 visar att antal dagar innan betalningsansvaret inträder varierar mellan 3 och 30 dagar mellan länen, enligt de överenskommelser som har tagits fram mellan landsting och kommuner.

Tabell 10. Bortfall i inrapporteringen till SKL, januari–december 2017.

Län	jan.	feb.	mars	april	maj	juni	juli	aug.
Gävleborg	x							
Jönköping	x	x	x	x				
Gotland	x	x	x	x	x	x	x	x
Värmland	x	x	x	x	x	x	x	x
Västmanland	x	x						
Stockholm	x	x	x	x	x	x	x	x

Tabell 11. Bortfall i inrapporteringen till SKL, januari till augusti 2018 (antal kommuner i respektive län).

Län	jan.	feb.	mars	april	maj	juni	juli	aug.
Jämtland Härjedalen	x	x						
Gotland	x	x	x	x	x	x	x	x
Skåne		x	x	x	x	x	x	x
Östergötland							x	x
Västra Götaland								x
Stockholm	x	x	x	x	x	x	x	x

Not: Avser samtliga kommuner i de aktuella länen. Bortfallet som redovisas har observerats i data som har skickats från SKL till Vårdanalys i september 2018.

Källa SKL, Vårdanalys bearbetning.

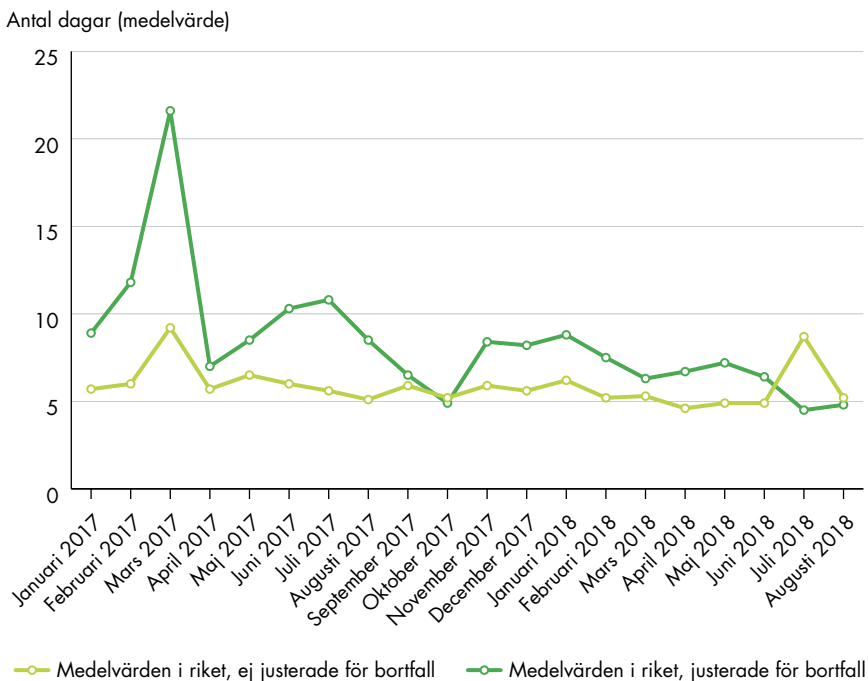
Stora variationer över tid i de elva län som vi har analyserat

För den psykiatriska vården förekommer relativt stora variationer under 2017 och 2018 när vi analyserar utvecklingen i de län som har rapporterat in data för hela perioden. Det innebär att det inte är möjligt att beskriva utvecklingen baserat på indikatorn "vårdtid som utskrivningsklar" under den perioden i riket i sin helhet eller att generellt kunna uttala oss om det skett en ökning eller minskning över tid.

Under januari 2018 var det genomsnittliga antalet dagar 8,8 dagar och i augusti 2018 var det 4,8 dagar, justerat för bortfall. Utan justering för bortfall var genomsnittet för januari 6,2 dagar och 5,2 dagar för augusti 2018. Även för den psykiatriska vården saknas data över patienter som skrivs ut samma dag som de bedöms vara utskrivningsklara, vilket är ytterligare en anledning till att statistiken inte ger en komplett bild av vårdtiden.

Sett över hela perioden januari till augusti 2018 var genomsnittet för vårdtid som utskrivningsklar 6,6 dagar, vilket kan jämföras med 11,2 dagar för motsvarande period 2017 (justerat för bortfall). Spridningen både mellan och inom länen är stor, vilket vi belyser nedan.

Figur 13. Vårdtid som utskrivningsklar, januari 2017–augusti 2018.



Fotnot: Den mörkgröna kurvan är justerad för bortfall, vilket innebär att vi har tagit bort data för Gävleborg, Jönköping, Gotland, Värmland, Västmanland, Stockholm, Skåne och Östergötland, Jämtland Härjedalen och Västra Götaland.

Källa: SKL 2018, Vårdanalys bearbetning.

Övergångsbestämmelserna som innebär att betalningsansvaret inträder efter 30 dagar fram till 1 januari 2019 för psykiatrin kan vara en av flera förklaringar till att medelvärdena för psykiatrin är högre än för den somatiska vården. Det kan även vara en förklaring till skillnader mellan länen, eftersom vissa län redan kommit överens om kortare tidsgränser (se kapitel 3.5.3). I slutrapporten kommer vi att fördjupa oss i orsakerna till variationer när det gäller vårdtid som utskrivningsklar på läns- och kommunnivå.

Minskade vårdtider inom psykiatrin rapporteras i 7 av 11 län under perioden januari till augusti 2018 jämfört med samma period 2017

Under perioden januari till augusti 2018 minskade den genomsnittliga vårdtiden som utskrivningsklar i 7 av 11 län jämfört med samma period under 2017 (se tabell 12). Tabell 12 visar länen markerade med grön färg. Vi har tagit bort de län där det saknas data för en eller flera månader. Variationen över tid är även stor inom flera län vilket innebär att de medelvärden som vi redovisar i tabell 12 bör tolkas med försiktighet.

Tabell 12. Vårdtid (antal dagar) som utskrivningsklar januari–augusti 2017 jämfört med januari–augusti 2018 samt augusti 2018, per kommun.

Län	Januari till augusti 2017	Januari till augusti 2018	Januari till augusti 2017 jämfört med januari till augusti 2018	Augusti 2018
Blekinge	14,3	3,2	-11,1	0
Dalarna	30,7	7,1	-23,6	5,4
Halland	13,3	4,7	-8,6	5,6
Kalmar	11,0	5,3	-5,7	5,5
Kronoberg	3,3	7,7	4,4	2,2
Norrbottn	9,8	5,3	-4,5	4,1
Södermanland	18,9	7,8	-11,1	5,1
Uppsala	14,9	23,5	8,6	0
Västerbotten	4,5	5,2	0,7	3,8
Västernorrland	5,8	7	1,2	4
Örebro	15,2	7,4	-7,8	5,6
Totalsumma	11,2	6,6	4,6	4,8

Fotnot: Vi har tagit bort data för Gävleborg, Jönköping, Gotland, Värmland, Västmanland, Stockholm, Skåne och Östergötland. Siffrorna är avrundade.

Källa: SKL 2018, Vårdanalys bearbetning.

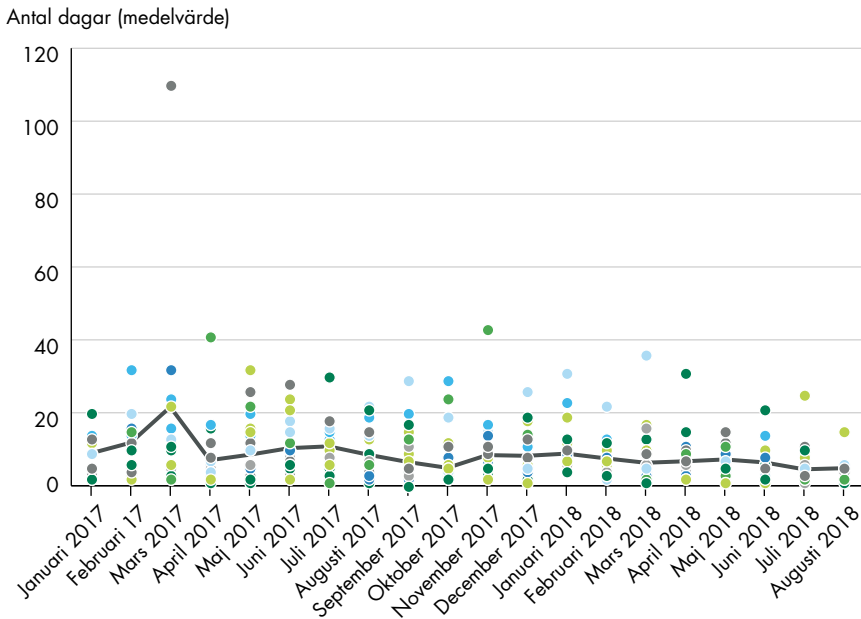
Stor spridning i antal dagar som utskrivningsklar även inom psykiatrin

Även för den slutna psykiatriska vården har vi observerat stora variationer i vårdtid som utskrivningsklar, både mellan och inom länen. På länsnivå fann vi under 2018 de största skillnaderna i mars då Uppsala hade ett genomsnitt på 36 dagar och Blekinge ett genomsnitt på 1 dag.

Under 2017 finns ännu större skillnader, i mars 2017 hade Dalarna ett genomsnitt på 110 dagar och Jämtland och Västra Götaland ett genomsnitt på 2 dagar. Det höga genomsnittet i Dalarna förklaras av ett vårdtillfälle vars vårdtid uppgick till över 600 dagar, vilket har stor påverkan på medelvärdet. Men det är oklart om det speglar en lång vårdtid eller fel i registreringen. Figur 14 visar spridningen i riket.

Det totala antalet vårdtillfällen inom den slutna psykiatriska vården är relativt få i flera län, vilket innebär att beräkningen av medelvärden är känslig för särskilt korta eller långa vårdtider. Tabell 13 visar antal vårdtillfällen för patienter som är utskrivningsklara. Under augusti 2018 uppgick antalet vårdtillfällen till 116, och för perioden januari–augusti till 947. Vi har tagit bort de län där det saknas data för en eller flera månader under denna period.

Figur 14. Vårdtid (antal dagar) som utskrivningsklar januari 2017–maj 2018.



Fotnot: Prickarna i figuren utgör medelvärden för län. Kurvan som beskriver medelvärdet är justerad för bortfall.

Källa: SKL 2018, Vårdanalys bearbetning.

För helåret 2017 uppgick det totala antalet vårdtillfällen inom den slutna psykiatriska vården (siffran inkluderar även patienter som inte är målgrupp för den nya lagen) till 102 000, vilket ger 8 500 vårdtillfällen per månad enligt Socialstyrelsens statistik (Socialstyrelsen 2018).

Tabell 13. Antal vårdtillfällen inom den slutna psykiatriska vården augusti 2018 och januari–augusti 2018.

Län	Antal vårdtillfällen augusti 2018	Antal vårdtillfällen januari till augusti 2018
Blekinge	0	10
Dalarna	5	34
Gotland	Data saknas	Data saknas
Gävleborg	5	43
Halland	16	76
Jämtland	4	0
Jönköping	12	79
Kalmar	11	68
Kronoberg	11	60
Norrbottn	8	43
Skåne	Data saknas	Data saknas
Södermanland	18	131
Uppsala	Data saknas	Data saknas
Värmland	10	87
Västerbotten	5	103
Västernorrland	1	76
Västmanland	1	37
Västra Götaland	Data saknas	Data saknas
Örebro	9	94
Östergötland	Data saknas	Data saknas
Totalsumma	116	947

Källa: SKL 2018, Vårdanalys bearbetning.

4.3 ANDELEN ÅTERINSKRIVNINGAR I RIKET VARIERAR MELLAN 17 TILL 22 PROCENT

En annan indikator som är relevant för att följa upp resultat av utskrivningsprocessen är "oplanerad återinskrivning inom 1–30 dagar för patienter som är 65 år" eller äldre. Måttet kan användas för att belysa om patienter skrivits ut för tidigt, eller om den fortsatta vården och omsorgen inte är tillräckligt samordnad.

Analysen som SKL har genomfört och de analyser av Socialstyrelsen som vi presenterar ovan i kapitlet, visar att äldre patienter utgör en stor andel av de som skrivs ut från slutenvården (SKL 2018, Socialstyrelsen 2017). Det innebär också att indikatorn inriktas mot patientgrupper där en stor andel har behov av samordning. Samtidigt saknas det en direkt koppling mellan denna indikator och hela målgruppen för lagen. Vår bedömning är därför att det i nuläget krävs en analys av data på lokal nivå i landstingens och kommunernas it-stöd för att följa andelen återinskrivningar kopplat till de patienter som är målgrupp för den nya lagen. De data som vi har analyserat inom ramen för den här uppföljningen har skickats till oss från SKL i augusti 2018. I faktaruta 8 nedan beskrivs indikatorn.

Faktaruta 8. Beskrivning av indikatorn oplanerad återinskrivning inom 1–30 dagar för patienter som är 65 år eller äldre

Beskrivning av indikatorn:

- Andel under mätperioden avslutade vårdtillfällen där patienten oplanerat återinskrivits 1 – 30 dagar efter att ha skrivits ut från ett tidigare vårdtillfälle.
- Täljaren utgörs av antalet oplanerade vårdtillfällen där patienten skrivits in inom 1 – 30 dagar från ett tidigare vårdtillfälle i slutenvård. Antalet dagar beräknas enligt formeln: inskrivningsdatum för vårdtillfälle 2 minus utskrivningsdatum för vårdtillfälle 1.
- Nämnaren utgörs av totalt antal avslutade vårdtillfällen där patienten skrivits ut efter slutenvård.

Mätpopulation:

- Alla under en mätperiod avslutade vårdtillfällen i slutenvård. Avser endast patienter 65 år eller äldre.

Regiontillhörighet:

- Regiontillhörigheten utgår från i vilket län och kommun den utskrivningsklara patienten är folkbokförd.

Tidsperiod:

- Data på nationell nivå finns från och med 1 januari 2014.

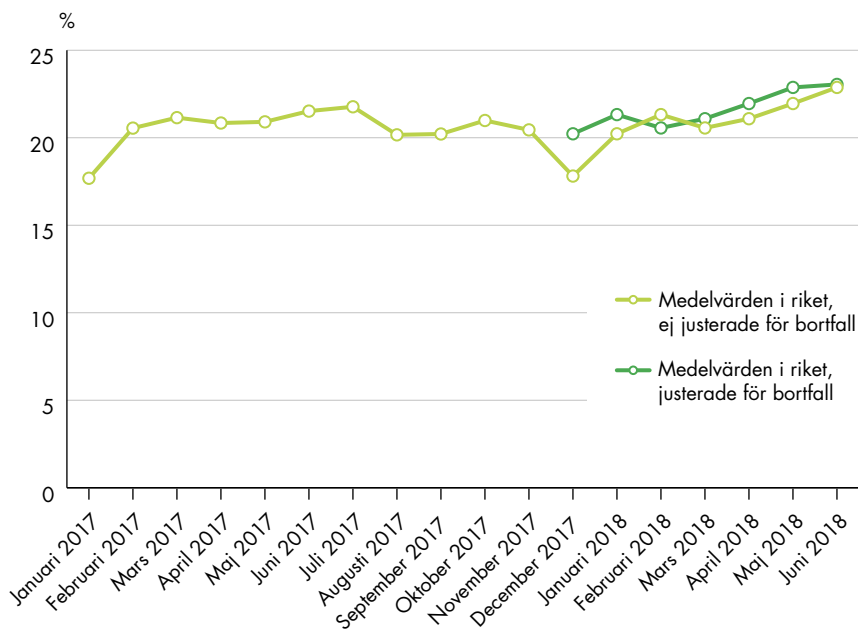
Källa: (SKL 2018)



De data för oplanerad återinskrivning som vi har analyserat visar att återinskrivningarna varierade mellan 17,7 procent till 22,3 procent under perioden januari 2017 till juni 2018 (se figur 15). I den mörkgröna delen av figuren har vi justerat för bortfall i inrapporteringen från några ytterligare län där det saknades data vissa månader under perioden (se noten under figuren nedan, men det påverkar resultatet högst marginellt).

Figur 16 visar att spridningen i oplanerad återinskrivning är stor mellan länen. I februari 2018 låg andelen återinskrivna patienter på cirka 16 procent i Uppsala län och cirka 30 procent i Gotlands län.

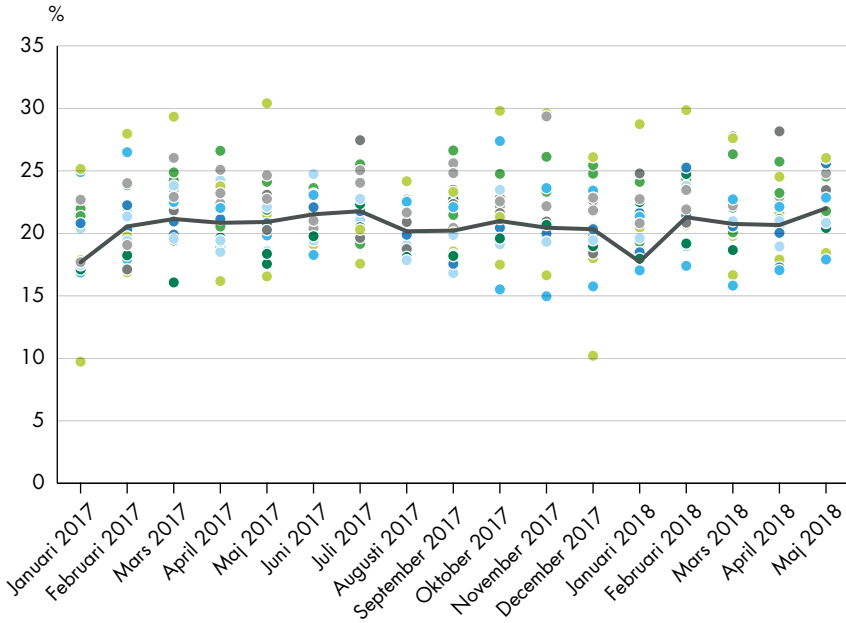
Figur 15. Andelen oplanerade återinskrivningar 1–30 dagar för patienter 65 år eller äldre, januari 2017–juni 2018.



Not: Den gröna linjen är justerad för bortfall vilket innebär att vi har tagit bort data för Västra Götaland och Kronoberg för hela perioden januari 2017–juni 2018 och för Blekinge, Gävleborg, Halland och Västerbotten för vissa månader mellan mars till juni 2018.

Källa: SKL 2018, Vårdanalys bearbetning.

Figur 16. Andelen återinskrivningar 1–30 dagar för patienter 65 år eller äldre, januari 2017–juni 2018, spridning mellan länen.



Fotnot: Prickarna i figuren utgör medelvärden för länen.

Källa: SKL 2018, Vårdanalys bearbetning

4.4 VI KOMMER I SLUTRAPPORTEN TITTA PÅ VÅRDPLATSER BELAGDA AV UTSKRIVNINGSKLARA PATIENTER

Ett annat sätt att belysa utskrivningsprocessen är att titta på antalet vårdplatser som är belagda av utskrivningsklara patienter. Måttet beskriver andelen av vårdplatserna i den slutna vården som upptas av utskrivningsklara, det vill säga antal vårddygn som utskrivningsklara patienter varit utskrivningsklara och vårdats vid belagda slutenvårdsplatser (se faktaruta 9). Data finns tillgänglig på nationell nivå i väntetidsdatabasen från och med september 2018. Vi har inom ramen för den här rapporten inte kunnat beakta dessa resultat än, men kommer att följa indikatorn i vårt fortsatta arbete.



Faktaruta 9. Beskrivning av indikatorn Vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter.

Beskrivning av indikatorn:

- Andel vårdplatser som i genomsnitt under mätperioden är belagda av utskrivningsklara patienter. Patienter som skrivs ut samma dag som de blir utskrivningsklara räknas inte in.
- Täljaren utgörs av antalet oplanerade vårdtillfällen där patienten skrivits in inom 1–30 dagar från ett tidigare vårdtillfälle i slutenvård. Antalet dagar beräknas enligt formeln: inskrivningsdatum för vårdtillfälle 2 minus utskrivningsdatum för vårdtillfälle 1.
- Nämnaren utgörs av totalt antal avslutade vårdtillfällen där patienten skrivits ut efter slutenvård för valda sjukdomstillstånd.

Mätpopulation:

- Alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård under en mätperiod. Avslutade vårdtillfällen vid somatiska respektive psykiatriska slutenvårdsenheter mäts var för sig.

Regiontillhörighet:

- Regiontillhörigheten utgår från i vilket län och kommun den utskrivningsklara patienten är folkbokförd.

Tidsperiod:

- Data på nationell nivå finns från och med september 2018.

Källa: (SKL 2018)

4.5 VI ANALYSERAR INTE UNDVIKBAR SLUTENVÅRD

Indikatorn "undvikbar slutenvård" bygger på antagandet att om patienter med vissa utvalda sjukdomstillstånd/diagnoser får ett optimalt omhändertagande i öppenvården, så kan generellt sett vissa inskrivningar på sjukhus undvikas. Indikatorn används även internationellt (avoidable hospital admissions).

Bland de diagnoser som valts ut finns först sådana som främst bedömts belysa hur väl den icke sjukhusbundna vården behandlar kroniska eller mer långvariga sjukdomar. Utöver detta ingår även en del mer akuta tillstånd, där adekvat behandling given inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inläggning på sjukhus. Exempel på sjukdomsgrupper är astma, diabetes, hjärtsvikt och högt blodtryck.

Det har framförts kritik mot denna indikator. En journalgranskning i Region Östergötland visade att måttet var svårändvänt och svårtolkat. Flera faktorer försvårar som patientens ålder, samsjuklighet, diagnossättning, underdiagnostik i samband med vissa sjukdomar som ger mer avancerad sjukdom vid diagnos, vårdcentralens kontroll av patienten liksom patienternas ansvar för sin sjukdom.

Tillgängliga data finns till och med 2016 och ett arbete pågår inom Socialstyrelsen för att utveckla indikatorn. Vi har valt att inte redovisa indikatorn "undvikbar slutenvård" i den här rapporten.





Vad tycker olika representanter om den nya lagen?

I det här kapitlet redogör vi för vad representanter för patienter, brukare, anhöriga och pensionärer samt kommuner och landsting tycker om den nya lagen. Vi studerar också vilka utmaningar och främjande faktorer de ser för införandet av lagen och möjligheterna att uppnå dess mål.

Kapitlet baseras på intervjuer, workshoppar och enkätstudier riktade till representanter för patient-, brukar-, anhörig och pensionärsorganisationer samt till samordnare för kommuner och landsting, företrädare för psykiatri och personal inom verksamheterna. Vi gör inte någon värdering av de faktorer som framkommer, och vi gör heller inte fördjupade analyser av den nya lagens juridiska grunder och dess eventuella kopplingar till hinder och utmaningar (se kapitel 2 för en juridisk genomgång av lagen). Fördjupade analyser av faktorer som påverkar genomförandet av den nya lagen kommer att presenteras i slutrapporten.

Sammanfattningsvis visar vår kartläggning att kännedomen om den nya lagen varierar hos organisationer som företräder patienter, brukare, pensionärer och anhöriga. Men även om de inte känner till lagen i sig kan de känna till enskilda beståndsdelar, exempelvis fast vårdkontakt och samordnad individuell planering (SIP). Svarsfrekvensen hos organisationerna är dock låg – bara 22 av 74 tillfrågade representanter har svarat. Vi kan konstatera att vi behöver fortsätta fånga och analysera patienters, brukares och anhörigas uppfattningar och erfarenheter av lagens effekter, utmaningar och framgångsfaktorer i kommande uppföljning.



Det finns en uppfattning bland samordnarna för kommuner och landsting om att den nya lagen som helhet är tydligt formulerad. Men det finns också delar av lagen som de uppfattar som mer otydliga och öppna för tolkning. Till exempel uppfattas lagen ge stort tolkningsutrymme kring när och för vilka grupper en samordnad individuell planering (SIP) ska göras. Det finns en relativt stor samsyn om vilka faktorer som påverkar den nya lagens införande och måluppfyllelse. Faktorerna är både specifikt kopplade till den nya lagens olika delar, men också beroende av mer övergripande förutsättningar som rör exempelvis styrning, organisering, ledning, kultur och kunskap.

Svårigheter att uppfylla vissa moment i den nya lagen utgör centrala hinder. Framförallt är det svårt att så tidigt i processen bedöma utskrivningsdatum och planera för patientens insatser vid utskrivning. Genomförande av en SIP uppfattas också vara svårt. Informationsöverföring mellan och inom huvudmännen är en annan central utmaning. Det finns också utmaningar som rör bemanning, särskilt under helgdagar. Inom psykiatrin finns särskilda utmaningar, som brist på lämpliga och anpassade boenden, avsaknad av mellanvårdsformer samt brister i den psykiatriska öppenvården och dess samverkan med bland annat slutenvården.

En viktig faktor som uppfattas främja införandet och uppfyllelsen av den nya lagen är att etablerade och fungerande samverkansstrukturer finns på plats. Därutöver beskrivs ändamålsenliga it-system, tydliga riktlinjer och ekonomisk reglering, gemensamma utbildningar samt kompetens, ledarskap och engagemang i alla led som främjande för införandet och måluppfyllelse av den nya lagen.

5.1 VAD TYCKER REPRESENTANTER FÖR PATIENTER, BRUKARE, ANHÖRIGA OCH PENSIONÄRER OM DEN NYA LAGEN?

Här beskriver vi patienters, brukares, anhörigas och pensionärers perspektiv på den nya lagen. Finns det en kännedom om den nya lagen och hur ser de på innehållet och värdet av den? Eftersom många av de patienter som omfattas av den nya lagen är äldre och personer med psykiatriska diagnoser, valde vi i den här delrapporten att fokusera på organisationer som representerar dessa grupper: RSMH, PRO och SPF Seniorerna. Vi har skickat ut enkäter (totalt 74 stycken) och gjort intervjuer med representanter för organisationerna.

Vi kan konstatera att den totala svarsfrekvensen är låg. Bara 22 av 74 representanter har svarat. Detta kan bland annat vara ett tecken på att det inte är helt okomplicerat att ställa den här typen av frågor till patient- och brukarföreträdare. Dels är lagstiftningen relativt ny, dels kan det som

utomstående vara svårt att få insyn och förståelse för vårdens och omsorgens processer för samverkan vid utskrivning. Den låga svarsfrekvensen kan också ha andra orsaker.

Sammantaget innebär det att vi därför inte kan dra några långtgående slutsatser utifrån befintliga enkätsvar. Vi gör ändå bedömningen att enkätsvaren ger en första inblick i de nämnda målgruppernas perspektiv på den nya lagen.

5.1.1 Kännedomen om den nya lagen varierar

En av de inledande frågorna i enkäten var om representanterna för organisationerna kände till den nya lagen om samverkan innan vi kontaktade dem. 13 av 22 representanter hade hört talas om den nya lagen. Men det finns skillnader i kännedomen om lagen mellan de olika organisationerna: 11 av 16 representanter från pensionärsorganisationerna PRO och SPF kände till den nya lagen mot bara 2 av 7 representanter från organisationen för personer med psykisk ohälsa (RSMH). De flesta av dem som har kännedom om den nya lagen känner till lagens innehåll ganska bra eller varken dåligt eller bra.

Men att fastställa kännedomen om den nya lagen hos patienter och brukare är inte helt enkelt. Vid våra intervjuer framkommer att det inte är ovanligt att man har kännedom om begrepp och visst innehåll i den nya lagen som har relevans för den enskildes möjlighet till trygghet och kontinuitet, exempelvis fast vårdkontakt, SIP och krav på anpassad information vid utskrivning, utan att känna till var dessa delar regleras. Att dessa begrepp redan finns på annat håll i lagstiftningen kan vara en orsak till att dessa redan är kända.

5.1.2 Information till patienter brister

Information om den nya lagen till patienter och brukare brister, menar många representanter för organisationerna. Bristerna avser både övergripande information om den nya lagen och den information som hälso- och sjukvården enligt den nya lagen ska ge till varje enskild patient när hen skrivs ut från slutenvården för vidare behandling av öppenvården eller kommunen. Få av de svarande anser att organisationerna har informerat sina medlemmar i respektive region/distrikt om den nya lagen. Här följer några röster från representanter för organisationerna om hur de ser på information som rör den nya lagen.



Vad tycker olika representanter om den nya lagen?

” Vi anser att informationen inte nått ut tillräckligt. Det pratas inte om lagen vare sig i media eller bland våra medlemmar.”

” Är man sjuk är det svårt att ha koll på vilka möjligheter lagen ger. Där har anhöriga en viktig roll. Men det är svårt för dem också att t.ex. veta vad en SIP är.”

5.1.3 Många vill ha bättre information

I vår enkät frågade vi även om det finns något som kan utvecklas i informationen till patienter, brukare och anhöriga kring den nya lagen. Majoriteten av företrädare i organisationerna svarade ja. De fick också föra fram förslag på vad som skulle kunna utvecklas. Vi har valt att redovisa några av dessa förslag med representanternas egna ord. Citaten är hämtade från både PRO, SPF och RSMH.

” Information om lagen behövs från nationellt håll, i media och via patientorganisationer”

” Det är viktigt att informationen och kunskapen om en ny lag blir implementerad hos hela folket så man vet sina rättigheter och skyldigheter när behoven finns. Pensionärsorganisationerna är en bra informationsbärare och spridare.”

” Nationell information behövs. Patient- och brukarorganisationer kan delta tillsammans med landstingen för att få information och ha dialog, t.ex. via SKL”

5.1.4 Erfarenheter av samverkan varierar

I enkäten till representanterna ställde vi även frågan om hur samverkan fungerar mellan kommuner och landsting vid utskrivning från den slutna hälso- och sjukvården. Svaren visar att erfarenheterna av samverkan varierar. Få representanter anser att samverkan fungerar mycket bra.

Det som upplevs fungera bra är exempelvis att användningen av SIP är införd. Samtidigt är det svårt att bedöma vad en SIP betyder för patienter och anhöriga och om den bidrar till förbättringar för dem, menar flera svarande.

På frågan om vad som fungerar mindre bra vid utskrivningen i respektive län anges kommunikationen och informationsöverföring mellan olika verksamheter, brist på framförhållning i planeringen och brist på mellan-

vårdsformer efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård. Det framhålls också att anhörigperspektivet skulle kunna vara tydligare i samverkan mellan huvudmännen.

5.1.5 Svårt att värdera den nya lagens beståndsdelar

Representanterna fick även möjlighet att bedöma hur viktiga olika delar av den nya lagen är för patienter som skrivs ut från slutenvården. Det vill säga de olika bestämmelserna i lagen som till exempel handlar om fast vårdkontakt, informationsöverföring vid utskrivning och information till patienten samt SIP. Se kapitel 2 för utförlig beskrivning av de olika delarna i lagen.

Alla svarande ansåg att alla delar i den nya lagen var mycket viktiga. Att allt uppfattas lika viktigt tror vi dels kan bero på representanternas varierande kännedom om lagen, dels på att det är svårt att vikta de olika insatsernas betydelse för den enskilde patienten.

5.1.6 Både möjligheter och utmaningar med den nya lagen

I följande avsnitt beskriver vi de möjligheter och utmaningar som representanterna för RSMH, PRO och SPF anser finns kopplade till den nya lagen. Det finns förväntningar hos representanterna om att den nya lagen ska bidra till att stärka den enskilde patientens vårdssituation och att patienter och närstående blir mer delaktiga och får ta ett större eget ansvar. Det finns också förväntningar om att den nya lagen ska göra det möjligt för patienter att få diagnos, behandling, rehabilitering och anpassningsåtgärder i sin egen bostad.

Den nya lagen kan också vara trygghetsskapande, menar flera personer. Tryggheten vid utskrivning kan stärkas genom lagens krav på information, fast vårdkontakt och tillgång till samordnad kompetens, anser de. Att det finns en övergripande tydlighet i den nya lagen uppfattas vara positivt, liksom att lagen betonar vikten av rutiner.

En stor utmaning som representanterna ser är kommunikationen och informationsöverföringen. Att få anhöriga och patienter att känna delaktighet och tillit är också en utmaning med den nya lagen. Mer kunskap behövs hos patienter, brukare och anhöriga för att känna till sina rättigheter och skyldigheter och kunna vara mer involverad i sin egen utskrivningsprocess menar flera representanter. De menar också att sjukvården har ett ansvar för att informera patienterna bättre, genom både skriftlig och muntlig information. Här följer några citat från representanterna:



Vad tycker olika representanter om den nya lagen?

- ” Att efterfråga information (...) kräver att man vet att den finns. Det är inte alltid så lätt vare sig för patient eller anhörig att fråga när man känner att personalen är jäktad.”
- ” Gör lagen mer patient- och anhörigtillvänd och gör en checklista till patienter och anhöriga över viktiga moment vid utskrivning.”
- ” Vid inskrivningen borde patienten vara mer involverad. Man får inte följa lagen till punkt och pricka och glömma patienterna.”

5.2 VAD TYCKER SAMORDNARE FÖR KOMMUNER OCH LANDSTING OCH FÖRETRÄDARE FÖR PSYKIATRIN OM DEN NYA LAGEN?

Här beskriver vi hur samordnare för kommuner och landsting ser på den nya lagen. Avsnittet baseras på enkäter, intervjuer och workshoppar med samordnare inom kommuner och landsting, företrädare från landstingens psykiatriverksamhet samt personal från kommuner och landsting i två län.

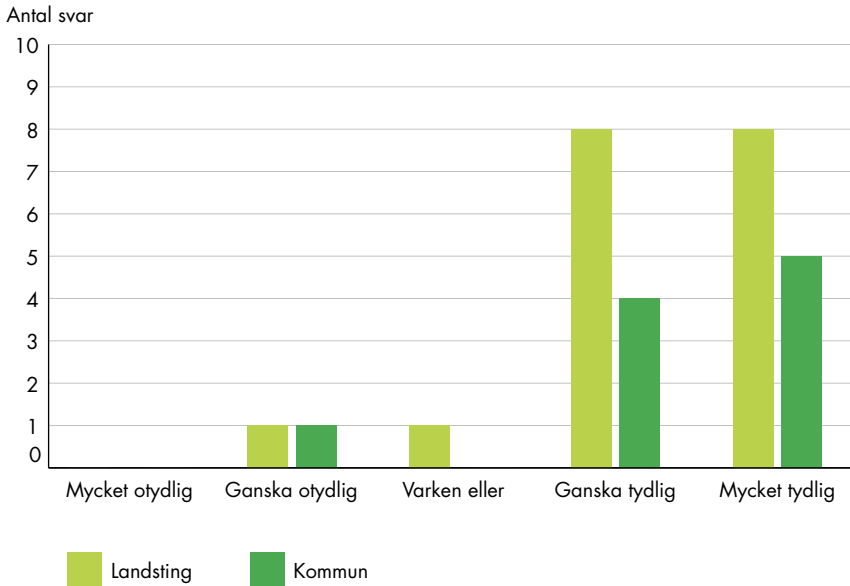
Enkäten besvarades av samordnare i 18 av 21 landsting, företrädare för psykiatrin i 14 landsting samt kommunsamordnare i 10 av 21 län. De 10 samordnarna för kommunerna representerar tillsammans drygt hälften av landets kommuner. Vi fick dessutom in 13 svar från företrädare i enskilda kommuner, som inkluderas i beskrivningen av utmaningar och främjande faktorer, tillsammans med de uppgifter vi fått från andra intervjuer och workshoppar.

Vi beskriver inledningsvis övergripande synpunkter på utformningen av den nya lagen för att sedan fokusera på utmaningar och främjande faktorer kring lagens införande och möjligheter att uppnå lagens mål.

5.2.1 Den nya lagen uppfattas i stort tydlig

Vi har frågat samordnare för kommuner och landsting och företrädare från landstingens psykiatriverksamhet om de uppfattar att lagen är tydligt eller otydligt formulerad. Nästan alla anser att den nya lagen är ganska eller mycket tydligt formulerad; 16 av 18 landstingssamordnare respektive 9 av 10 kommunsamordnare uppfattar att lagen är ganska eller mycket tydlig formulerad (figur 17). Även företrädarna för psykiatrin uppfattar att lagen är ganska tydligt eller mycket tydligt formulerad (12 av 14 företrädare).

Figur 17. Uppfattningar om den nya lagen är tydligt eller otydligt formulerad. Antal svar från samordnare för landstingen och kommuner. Baseras på 28 svar.



Källa: Vårdanalys enkät.

Vi har också frågat efter *vad* i den nya lagen som uppfattas vara tydligt eller otydligt formulerat. Det flesta uppfattar att lagens intentioner och syfte är mycket tydligt. Flera samordnare uppfattar också att det är tydligt vad som ska göras i flera av lagens delmoment. Till exempel uppfattas lagen vara mycket tydlig i när inskrivningsmeddelandet ska skickas.

Men det finns också uppfattningar om att vissa moment av lagen är otydliga och i stort behov av tolkning för att kunna genomföras i verksamheterna. Till exempel uppfattas lagen ge stort tolkningsutrymme kring när och för vilka grupper en SIP ska göras.

Det finns också uppfattningar om att lagens utrymme för regionala överenskommelser och undantag från kommunens betalningsansvar ger stort utrymme för tolkningar som gör lagen mer otydlig. Innebörden av vissa centrala begrepp uppfattas också vara otydliga och i behov av tolkning och förklaring. Till exempel uppfattas begreppet *utskrivningsklar* mer otydligt och i behov av att definieras i verksamheterna. Beroende på hur begreppet definieras kan det leda till variationer i tillämpningen av lagen, menar flera samordnare.



5.2.2 Flera utmaningar kring införandet av den nya lagen

Vi har frågat samordnare i kommuner och landsting samt företrädare för psykiatrin vilka hinder de ser kring införandet av den nya lagen och uppfyllelse av lagens syften.

Vår uppföljning visar att det finns en samstämmighet hos samordnare för både kommuner och landsting om en rad centrala hinder och utmaningar. Psykiatrin lyfter fram några särskilda utmaningar. Vår uppföljning visar också att utmaningarna är både specifikt kopplade till den nya lagens olika delar, men också beroende av mer övergripande förutsättningar som rör organisering och styrning, men även kulturella faktorer, kunskap och informationsöverföring.

Vi inleder avsnittet med att studera de mer övergripande utmaningar som anges, för att sedan studera utmaningar som kopplas mer direkt till den nya lagens olika delar. Sammanfattningsvis handlar utmaningarna huvudsakligen om

- vården och omsorgens förmåga till samverkan
- att införa och följa riktlinjer och rutiner i verksamheterna
- kultur, värderingar och bristande personcentrering
- informationsöverföring mellan och inom huvudmännen
- bemanning – särskilt under helgdagar
- psykiatrin har vissa särskilda utmaningar
- särskilda svårigheter i vissa moment av den nya lagen.

Vården och omsorgens förmåga till samverkan

Vårdens och omsorgens förmåga till samverkan är grundläggande för möjligheterna att uppfylla den nya lagen, anser många samordnare. Flera av de grundläggande och övergripande utmaningar kring samverkan som samordnarna lyfter fram har konstaterats även i andra studier (Anell 2009, Vårdanalys 2017, Vårdanalys 2018). Det handlar om grundläggande förutsättningar för samverkan som beror på styrning och organisering av vården och omsorgen men även på dess ledning, kultur och kunskap.

Förutsättningarna för att överbrygga stuprör och skapa fungerande samverkansstrukturer över huvudmanna- och verksamhetsgränser är en grundläggande utmaning för både samverkan och uppfyllelse av lagen, anser flera samordnare. Vissa organisatoriska gränssnitt beskrivs som mer utmanande att överbrygga. Exempelvis framhålls samverkan mellan den

kommunala hemsjukvården och primärvården som svår att få till på vissa håll, medan andra lyfter fram gränssnitten mellan öppenvård och slutenvård eller mellan primärvård och specialistmottagningar som svårare att skapa fungerande samverkan kring.

Det uppfattas generellt vara svårare att skapa fungerande samverkansstrukturer ju fler aktörer som behöver samverka. Det beskrivs som en utmaning exempelvis inom psykiatrin och i län med ett större antal kommuner.

Införa och följa riktlinjer och rutiner i verksamheterna

Att de riktlinjer, rutiner och överenskommelser som tagits fram med anledning av den nya lagen nu införs och tillämpas i verksamheterna är viktigt, men också utmanande menar flera samordnare. Det finns flera hinder på vägen, menar man. Bristande tydlighet i hur riktlinjer och rutiner ska införas i verksamheterna kan utgöra ett hinder men även brister i personalens kunskap kring den nya lagens riktlinjer och rutiner kan bidra till att försvåra införandet av den nya lagen, menar man.

Kultur, värderingar och bristande personcentrering

Kulturella faktorer som uppfattningar, attityder och värderingar inom kommuner och landsting påverkar också lagens införande och måloppfyllelse, menar flera samordnare.

Att vården och omsorgen ofta utgår från verksamhetens perspektiv snarare än patientens eller brukarens är en grundläggande utmaning som kan motverka lagens intentioner, menar flera samordnare. Det behövs ett skifte från ett verksamhetscentrerat till ett mer personcentrerat perspektiv i både vården och omsorgen för att öka förutsättningarna för den nya lagen att få genomslag, anser många.

Det kan också finnas skilda synsätt inom kommuner respektive landsting för hur patientens behov ska bedömas och mötas som kan påverka samverkan över huvudmannagränserna, menar flera samordnare. Det finns uppfattningar om att de skilda synsätten tillsammans med okunskap om den andre huvudmannens verksamhet kan bidra till att försämra både tilliten och samverkan mellan huvudmännen. Ökad förståelse för och kunskap om varandras uppdrag och kompetens samt en samsyn över huvudmanna- och verksamhetsgränser om det gemensamma uppdraget uppfattas därför vara en förutsättning för att lagens intentioner ska uppnås, menar flera samordnare.



Informationsöverföring mellan och inom huvudmännen en stor utmaning

Informationsöverföring både mellan och inom huvudmännen är en central del i olika skeden av den nya lagen. En majoritet av företrädarna anger att informationsöverföring utgör en stor utmaning för att den nya lagens intentioner ska uppnås. Här nedan redogör vi för vad dessa svårigheter huvudsakligen uppfattas bestå av.

- **Lagstiftning och rutiner som rör sekretess och samtycke**

Lagstiftning och rutiner som rör sekretess och samtycke uppfattas påverka möjligheterna att dela information mellan huvudmännen. Det kan bidra till att hindra lagens uppfyllelse, menar samordnare och företrädare för psykiatrin.

Lagstiftningen kring sekretess och dess tillämpning kan många gånger motverka den nya lagens krav på samverkan, anser flera samordnare och företrädare för psykiatrin. Andra framhåller att det framförallt handlar om bristande rutiner och kunskap i verksamheterna för att kunna tillämpa lagstiftningen på ett bra sätt i verksamheterna.

Till exempel uppfattas inhämtningen av samtycke från patienten vara ett hinder. Flera samordnare beskriver att inhämtning av samtycke behöver göras av flera olika verksamheter innan information kan delas mellan verksamheterna. Det uppfattas vara både opraktiskt och ineffektivt för verksamheterna. Det kan också innebära att patienter drabbas, när patienten behöver lämna samtycke flera gånger till personer från flera olika verksamheter. Men i somliga län har man utformat förfrågan om samtycke på ett sådant sätt att samtycket kan inhämtas mer sällan.

Att fråga om samtycke ställer också krav på personalens förmåga att informera patienten så att hen förstår vad hen samtycker till. En samordnare påpekar att det kan vara pedagogiskt svårt att redan i samband med inskrivning fråga om samtycke för att kunna utskrivningsplanera, i synnerhet om patienten är medtagen. Det kan ge en bild av att ”du ska ut så snart som möjligt”, menar hen.

- **Att bedöma vilken information som ska delas i olika skeden**

Att i praktiken avgöra vem som ska informera om vad i vilket skede är en huvudutmaning i informationsöverföringen, menar flera samordnare. Det är framför allt svårt att bedöma vilken information som är relevant för övriga parter och vilka funktioner som ska utbyta information mellan varandra, understryker samordnare. Lagstiftning och rutiner

för sekretess och samtycke uppfattas påverka möjligheterna att dela rätt information i rätt tid. Att ha diskuterat behoven av information och sedan ha utformat tydliga rutiner för kommunikation mellan parterna är därför viktigt, menar flera samordnare och företrädare för psykiatrin.

- **It-system är inte anpassade till den nya lagen**

Brister i de it- och dokumentationssystem som landstingen och kommunerna använder beskrivs som ett avgörande hinder för informationsöverföringen. Bristerna innebär hinder också på andra sätt, exempelvis genom att koordinering och involvering av parter vid planeringar blir svårt.

I flera län pågår utveckling av it-system (se kapitel 3.3). På många håll är it-systemen ännu inte tillräckligt uppdaterade och anpassade efter de nya krav på gemensam information och planering som ställs i den nya lagen. Även journalsystem som inte är synkroniserade inom eller mellan huvudmännen kan vara ett hinder för att kunna dela information och kommunicera mellan och inom huvudmännen. I brist på ändamålsenliga it-system används fax och telefon inom vissa verksamheter.

Den bristande anpassningen av it-system påverkar också möjligheten till uppföljning av utskrivningsprocessen försvåras, eftersom data inte kan hämtas från befintliga it-system (se kapitel 6). I vissa län har det bidragit till så kallade övergångslösningar under hela eller delar av 2018 bland annat för att hinna anpassa sina it-system till den nya lagens krav (se kapitel 3.4).

Svårt med bemanning särskilt under helgdagar

Att kunna bemanna verksamheter, även helgdagar, med den personal som behövs, beskrivs som en stor utmaning för att få en fungerande utskrivningsprocess. Den nya lagen ställer krav på både organisatoriska lösningar, förändrade arbetssätt och tillskott av resurser för att hantera denna utmaning, menar samordnare inom både kommuner och landsting.

Både inom kommunen men även inom primärvården beskrivs brist på bemanning på helgdagar, exempelvis av funktioner som biståndshandläggare, enhetschefer och medicinska sekreterare.

Personalbrist inom till exempel primärvården och socialtjänsten kan bidra till att göra helgbemanningen särskilt svår att lösa. Brist på läkare inom primärvård och kommunal hälso- och sjukvård uppfattas också kunna påverka lagens införande. Det kan också innebära att det blir svårt att utföra avancerad hälso- och sjukvård utanför sjukhusen, vilket bland annat kan bidra till sämre kontinuitet för patienten, menar flera samordnare.



5.2.3 Psykiatrin har vissa särskilda utmaningar

Vi har i våra intervjuer och i vår enkät frågat företrädare för psykiatrin vilka hinder de ser för den nya lagens införande och måluppfyllelse inom den psykiatriska vården. De anger i stort sett samma utmaningar som samordnarna för landstingen och kommunerna. Men de lyfter också fram några särskilda utmaningar som framför allt rör de patienter som vårdas inom den psykiatriska slutenvården. Här redogör vi för några av de mer specifika utmaningar psykiatrin ser.

Komplexitet och stort antal aktörer ställer krav på gott samarbete

En särskild utmaning som framförs av företrädare för psykiatrin är att de personer som vårdas inom psykiatrisk slutenvård ofta har en komplex problematik. Det medför ett behov av samordning av insatser och samverkan mellan många olika aktörer och professioner. Inte sällan kan även andra aktörer än kommuner och landsting behöva involveras, till exempel Försäkringskassan, Kriminalvården, Arbetsförmedlingen och skolan. Att skapa fungerande samverkan mellan ett stort antal aktörer medför större utmaningar understryker flera företrädare för psykiatrin.

Brist på lämpliga och anpassade boenden

Bristande tillgång till lämpliga och anpassade boendeformer såväl som bostäder beskrivs av flera företrädare som ett stort hinder. Bristerna bidrar till att kommuner i vissa fall upplever att de saknar förutsättningar för att ta emot utskrivningsklara patienter.

Några patientgrupper som särskild berörs av bristerna är personer med psykiska funktionsnedsättningar, personer med demenssjukdom, personer som skrivs ut från rättspsykiatrisk vård och hemlösa personer. Det framhålls att kommunernas förmåga att tillhandahålla de boenden som det finns behov av ofta brister, i synnerhet i små kommuner. Boendesituationen kan inte lösas av lagen utan kräver andra åtgärder, understryker flera företrädare.

Svår övergång mellan slutenvård och öppenvård

Osäkerhet om den psykiatriska öppenvårdens roll och i vilket skede öppenvården ska komma in när patienten fortfarande vårdas inom slutenvården beskrivs som ett hinder i somliga landsting. Omställningen mot ett utökat ansvar för den öppna vården att samordna insatser och tillhandahålla en fast vårdkontakt uppfattas ha bidragit till utmaningarna i somliga landsting. Svårigheter att uppfylla kraven på en fast vårdkontakt inom öppen vården liksom att uppgifterna uppfattas som resurskrävande

kan innebära ett hinder för den psykiatriska öppenvården att medverka tidigt och samordna planeringen, menar flera företrädare. Det är viktigt att öppenvården kommer in tidigt i processen - redan när patienten vårdas inom slutenvård, understryker flera företrädare. Om öppenvården kommer in för sent kan planeringen och samordningen av insatser påverkas, vilket kan bidra till brister i trygghet och kontinuitet för patienten.

En annan utmaning som företrädarna för psykiatrin ser är bristande tillgång till mellanvårdsformer efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård. Med mellanvård avses till exempel olika former av insatser som dagvård, gruppbehandlingar och mobila team för både barn och vuxna. Mellanvårdsinsatser behöver finnas som en brygga mellan sluten- och öppenvård, menar flera företrädare. Steget från sluten- till öppen psykiatrisk sjukvård kan annars bli för stort för en del patientgrupper menar de.

Särskilda utmaningar kring vissa patientgrupper

Det finns särskilda utmaningar kring vissa grupper av patienter som skrivs ut från sluten psykiatrisk vård, menar företrädarna för psykiatrin: barn och unga, personer som är dementa samt personer inom tvångsvård och den rättspsykiatriska vården.

- **Barn och unga**

Det finns ofta särskilda utmaningar kring barn och unga som skrivs ut från sluten psykiatrisk vård, enligt flera psykiatriföreträdare. Till exempel kan brist på lämpliga boenden för unga som skrivs ut vara en utmaning. Andra beskriver att kommuner prioriterar boende åt unga, men däremot inte ordnar en fungerande skolsituation efter utskrivningen. Att skapa både en fungerande boende- och skolsituation för barn och unga som skrivs ut från slutenvård är viktigt, anser flera företrädare för psykiatrin.

- **Vissa grupper av personer med demenssjukdomar**

Vissa grupper av personer med demenssjukdom som skrivs ut från psykiatrin beskrivs av företrädare för psykiatrin som en grupp som i vissa fall är svår att hitta rätt insatser till, vilket påverkar möjligheten att uppnå den nya lagens syfte för gruppen. Det finns till exempel inte alltid lämpliga boenden för denna grupp vid utskrivning. Att läkarna inte alltid får tillräckligt med stöd i medicinering av personer med demenssjukdomar vid utskrivning från slutenvården beskrivs också som en utmaning. Sammantaget kan detta resultera i att personen återinskrivs i psykiatrisk slutenvård om och om igen.



- **Personer med olika former av tvångsvård**

Det finns särskilda utmaningar vid utskrivning av patienter som har olika former av tvångsvård, till exempel personer som vårdas enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV), menar flera företrädare för psykiatrin.

Personer som vårdas inom rättspsykiatrisk slutenvård har ofta en komplex problematik. De kan förutom den psykiatriska diagnosen vara misstänkta för eller ha begått brott, vara bostadslösa, arbetslösa och ha ett missbruk. Det ställer höga krav på att samverka mellan olika aktörer fungerar, understryker företrädare för psykiatrin. Brist på lämpliga och anpassade boenden för personer som vårdats inom rättspsykiatrin beskrivs som en särskild utmaning. Brist på boende kan också innebära att personen inte kan överföras till öppen rättspsykiatrisk vård, utan får stanna kvar inom rättspsykiatrisk slutenvård en omotiverat lång tid. Personer som vårdas inom rättspsykiatrisk vård har ofta långa vårdtider, vilket gör det svårt att bedöma utskrivningsdatum och påbörja insatser redan i samband med inskrivning. Ytterligare en utmaning som påverkar utskrivning från rättspsykiatrisk vård rör innebörden av begreppet utskrivningsklar för dessa patienter. Begreppet kan ha både en rättslig innebörd och en medicinsk innebörd som inte alltid är i samklang, menar företrädare för psykiatrin. Lagstiftningen kring rättspsykiatrisk vård uppfattas också vara delvis otydlig, vilket bidrar till utmaningar i praktiken.

5.2.4 Särskilda svårigheter i vissa moment av lagen

Några moment i den nya lagen är svårare att uppfylla än andra delar, visar våra enkätsvar, workshoppar och intervjuer.

Svårigheterna i vissa moment uppfattas också som stora hinder för att den nya lagens syfte ska kunna uppnås, visar vår uppföljning. De moment som uppfattas vara svårare att uppfylla är planering inför patientens utskrivning, informationsöverföring vid utskrivning, information till patienten och genomförande av en samordnad individuell planering (SIP). Kommunsamordnarna uppfattar att vissa delmoment är mer utmanande än landstingssamordnarna.

Vi har frågat samordnarna hur lätt eller svårt de bedömer att det är att uppfylla de olika delarna i lagen, från att skicka ett inskrivningsmeddelande till att genomföra en SIP. De gröna cirkelarna betyder att momentet upplevs "lätt" att uppfylla och de röda cirkelarna att momentet upplevs "svårt" att uppfylla (figur 18).

Figur 18. Uppfattningar om hur lätt eller svårt det är att uppfylla de olika delarna i den nya lagen. Svar från samordnare i kommuner och landsting. Baseras på 28 svar.

Del av den nya lagen	Landsting	Kommun
Inskrivningsmeddelande	●	●
Fast vårdkontakt i öppna vården	●	●
Planering inför patientens utskrivning	●	●
Underrättelse om att patient är utskrivningsklar	●	●
Informationsöverföring vid utskrivning	●	●
Information till patienten	●	●
Samordnad individuell plan	●	●

Not: Grön betyder lätt att uppfylla, gul betyder varken eller och röd betyder svårt att uppfylla.

Källa: Vårdanalys enkät 2018, se bilaga 1.

Vi fokuserar i följande avsnitt på de moment i den nya lagen som uppfattas vara svårare att uppfylla, enligt vår enkät, och därmed utgör hinder för den nya lagens måluppfyllelse.

Planering inför patientens utskrivning påverkas av svårigheter att tidigt bedöma utskrivningsdatum

Enligt den nya lagen ska ett inskrivningsmeddelande skickas senast 24 timmar efter det att den behandlande läkaren har gjort en bedömning. Motsvarande krav fanns inte i den gamla betalningsansvarslagen (se kapitel 2 för beskrivning av den nya lagen och det som tidigare gällde).

Att redan i samband med inskrivningen bedöma förväntad vårdtid och ge ett korrekt utskrivningsdatum som kvarstår tills patienten skrivs ut är svårt. Patientens hälsoläge och behov vid utskrivning hinner också ofta förändras under vårdtiden, enligt majoriteten av samordnarna för både kommuner och landsting. Det får till följd att utskrivningsdatumet ofta behöver flyttas flera gånger, både framåt och bakåt, under vårdtiden, vilket bidrar till utmaningar för både kommuner och öppna vård.

Flera samordnare beskriver att slutenvården sällan uppdaterar och kommunicerar information om ändrade utskrivningsdatum förrän just innan eller i samband med utskrivning. Det beror på att slutenvården uppfattar det tidskrävande att kontinuerligt komplettera informationen, menar de. Det får till följd att kommunen och den öppna vården inte alltid får den information de



behöver i tid för att hinna bemanna och planera inför patientens utskrivning på ett bra sätt. Det kan också bidra till en försämrad arbetssituation och hög stress för de anställda, påpekar samordnare för kommuner.

Ändringar med kort varsel kan vara särskilt svåra att hantera kring helger då viktiga funktioner för utskrivningen ofta saknas i både primärvården och kommunen. Det kan medföra att patienten blir kvar i slutenvården längre tid än nödvändigt.

Men även om slutenvården kontinuerligt informerar om ändrade utskrivningsdatum innebär flytt av utskrivningsdatum utmaningar, menar samordnare för både kommuner och landsting. Flyttade utskrivningsdatum kan medföra kostnader för både kommunen och den öppna vården, till exempel för personal som avsatts för de insatser som inte blir av eller förskjuts. Det har lett till diskussioner mellan kommuner och landsting om vilken part som ska ansvara för kostnaderna. Att utskrivningsdatumet ständigt flyttas kan också innebära att tilltron till datumets tillförlitlighet sjunker, menar flera samordnare. Det kan leda till att kommunerna och öppen vården påbörjar planeringen senare i processen, när utskrivningsdatumet uppfattas ha större sannolikhet att bestå.

Informationsöverföring en utmaning

En majoritet av samordnarna som svarat på vår enkät uppfattar kraven på informationsöverföring svåra att klara av. Anledningen är de generella svårigheter som finns kring informationsöverföring mellan och inom huvudmännen: det vill säga lagstiftning och rutiner för sekretess och samtycke, att bedöma vilken information som ska delas i olika skeden, samt att it-system inte är anpassade till den nya lagen. Att skapa välfungerande rutiner för kommunikation och involvering av patienter är en stor utmaning som påverkar den nya lagens genomslag, menar samordnare för både kommuner och landsting. Den nya lagen innebär att organisationerna behöver anpassa såväl rutiner och arbetssätt som attityder och synsätt, understryker flera personer. Ett mer personcentrerat perspektiv behövs, anser många samordnare.

Det uppfattas till exempel vara svårt att veta vad som ska kommuniceras till patienten, vem som ska kommunicera och när det ska ske. En annan orsak som anges att kommunikationen brister är att personalen ibland uppfattar att de inte har tillräckligt med tid eller kompetens för att kommunicera med patienterna på ett bra sätt. Personalbrist i kombination med fokus på snabbhet i processen kan bidra till att patientinvolvering inte hinns med eller prioriteras, framhåller flera samordnare. En samordnare uttrycker det så här:

” Det är svårt att hinna få med patienten när allt går så snabbt. Vi tittar på effektivitet - på hur många dagar, hur kort tid, men inte på patienten och personalens bild av det hela.”

Somliga samordnare har farhågor om att öppenvårdens ökade ansvar för planering och samordning kan medföra att slutenvården tar ett steg tillbaka i sitt ansvar för tidig involvering av patienten i planeringen. Fortsatt tidig involvering av patienter under planeringen är därför viktigt, anser flera samordnare för både kommuner och landsting.

Flera utmaningar med SIP

Genomförandet av SIP uppfattas som ett av de svårare momenten i den nya lagen. Samordnare och företrädare beskriver olika orsaker till svårigheterna.

- **Behov av ändrat arbetssätt med personen i centrum**

Att verksamheterna har kvar de tidigare rutinerna för vårdplanering såväl som tankesätt där verksamhetens behov står i centrum snarare än patientens behov, beskrivs som en utmaning av både samordnare och företrädare för psykiatrin. Det innebär att personcentreringen ofta brister när SIP görs framhålls av flera samordnare. Ett mer personcentrerat perspektiv behövs generellt inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten anser många. Men det tar tid, menar de.

- **Bristande tillgång till en fast vårdkontakt kan försvåra SIP**

Enligt den nya lagen ska den fasta vårdkontakten kalla till SIP. Bristande tillgång till en fast vårdkontakt är en anledning till att det kan vara svårt att planera och samordna SIP-mötet, enligt flera samordnare.

- **Bedöma och enas om behov av SIP kan vara svårt**

Många samordnare uppfattar ibland att det är svårt att bedöma och enas om behovet av SIP för enskilda patienter. Det kan råda delade meningar mellan olika verksamheter och huvudmän om när det finns behov av SIP. Det kan också vara svårt att avgöra var SIP är mest lämpligt att göra – på sjukhuset, i hemmet eller någon annanstans? Det krävs rutiner, rätt information och tillit mellan parterna för att underlätta dessa bedömningar menar flera samordnare.

- **Svårt att samla och kommunicera med alla deltagare**

En annan utmaning är att samla alla nödvändiga deltagare och möjliggöra kommunikation mellan dem. Det kan vara svårt att få alla nödvändiga



Vad tycker olika representanter om den nya lagen?

deltagare att avsätta tid för mötet till exempel. I synnerhet kan det vara komplicerat om många olika aktörer behöver samordna sina insatser. Att kommunicera med samtliga parter, även de som inte kan närvara fysiskt, eller att hålla SIP-möten i hemmet kan också vara svårt på grund av brist på lämplig digital teknik.

- **Brister i rutiner och kunskap om hur SIP ska genomföras**
Brister i utbildning, rutiner och kunskap om hur en SIP ska genomföras på ett bra sätt i praktiken är en utmaning som framhålls av flera samordnare. Strukturen och ansvaret för att leda mötet uppfattas till exempel ofta otydligt i praktiken. Om patienten inte fått information om vad SIP och vad syftet med mötet är kan det också påverka genomförandet, menar många samordnare.

5.2.5 Samstämmighet kring främjande faktorer för införandet av den nya lagen

Vi har frågat samordnare och personal i kommuner och landsting samt företrädare för psykiatrin vilka främjande faktorer de ser med införandet av den nya lagen och uppfyllelse av lagens syften. Svaren är relativt samstämmiga. Sammanfattningsvis handlar de främjande faktorerna huvudsakligen om:

- fungerande samverkansstrukturer
- ändamålsenliga it-system
- tydliga riktlinjer och ekonomisk reglering
- gemensamma utbildningar och aktiviteter
- kompetens, ledarskap och engagemang i alla led.

Fungerande samverkansstrukturer

Att det finns stabila strukturer för samverkan mellan kommun och landsting på olika nivåer uppfattas som en viktig främjande faktor. En redan befintlig samverkansorganisation med upparbetade kontaktvägar innebär dessutom att parterna känner varandra, vilket underlättar den fortsatta samverkan och tilliten mellan parterna. Arenor för kunskapsutbyte och nära dialog uppfattas främjande för samverkan, liksom verksamhetsnära samordningslösningar som hemgångsteam, vårdsamordnare och samorganisering mellan till exempel ansvarig sjuksköterska och biståndshandläggare.

Ändamålsenliga it-system

Att det finns väl fungerande it-system och digitala stöd är främjande för att den nya lagen ska kunna uppfyllas, menar många samordnare. I somliga län fungerar it-systemen väl, till exempel upplevs sammanhållna journalsystem ge ett bra stöd i samarbetet mellan huvudmännen genom att underlätta informationsöverföring. Att socialtjänstens barn- och ungdomsverksamhet är inkluderade i it-systemen framhålls som mycket positivt, i synnerhet av psykiatrin.

Tydliga riktlinjer och ekonomisk reglering

Att parterna tillsammans tagit fram en gemensam överenskommelse och gemensamma riktlinjer anses ha främjat arbetet med att uppfylla den nya lagen. Det har inneburit att de enats kring en gemensam målbild samt förtydligat ansvaret och rutinerna för hur arbetet ska bedrivas. Många samordnare menar att riktlinjerna varit genomarbetade och tydliga, vilket också ses som positivt för den fortsatta processen.

Att ha kommit överens om en tydlig ekonomisk reglering av betalningsansvaret uppfattas också ge goda förutsättningar för fortsatt samverkan. Somliga samordnare menar att regleringen av betalningsansvaret inneburit att parterna så långt det är möjligt försöker undvika att utkräva betalning av kommunen, och på så sätt undviker att ”bråka om pengar”. Det skapar goda förutsättningar för tillit och samverkan mellan parterna framhåller de.

Gemensamma utbildningar och aktiviteter

Gemensamma utbildningar och andra gemensamma aktiviteter är värdefulla, bland annat eftersom de ger ökad samsyn och förståelse om den andre huvudmannens uppdrag och perspektiv.

Ökad förståelse för varandras uppdrag, arbete och processer är en förutsättning för att den nya lagens intentioner ska uppnås, menar flera samordnare. Gemensamma utbildningar och aktiviteter kan vara ett sätt att bidra till detta, och samtidigt främja tilliten och förutsättningarna för samverkan mellan parterna.

Kompetens, ledarskap och engagemang i alla led

Det finns en samstämmighet från majoriteten av samordnarna och psykiatriföreträdare om att det är viktigt att det finns kompetens, gott ledarskap och engagemang i alla led – från den politiska nivån till verksamhetsnivån – för



Vad tycker olika representanter om den nya lagen?

att införandet av den nya lagen ska fungera. Att det finns enighet mellan politisk nivå och tjänstemannanivå om att fokusera på lagens införande anges också som en främjande faktor, enligt samordnarna.

Det uppfattas också finnas stort engagemang kring den nya lagen i många län, både på politisk nivå och på tjänstemannanivå, liksom hos de projektledare som samordnat arbetet i länen. Flera samordnare beskriver också att det finns stort engagemang hos medarbetarna i verksamheterna att göra det som är bäst för patienten trots de hinder och utmaningar som finns.



Möjligheter till fortsatt uppföljning av den nya lagen

I det här kapitlet redogör vi för vilka möjligheter som finns till fortsatt uppföljning av den nya lagen. Vi tittar dels på vilken tillgång till nationella data som finns för uppföljning av lagens bestämmelser, dels på tillgången till nationella data för att följa lagen och samordningen vid utskrivning ur ett patient-, brukar och anhörigperspektiv. Vi redogör också för vilken uppföljning som görs idag på lokal och regional nivå, baserat på vår enkät till samordnare för kommuner och landsting om uppföljningen av den nya lagen.

Vår kartläggning visar att det saknas nationella data för uppföljningen av flera av lagens bestämmelser, det gäller till exempel förekomsten av samordnad individuell planering (SIP) och fast vårdkontakt. Vår kartläggning av kvalitetsregister och andra uppföljningsverktyg visar att det även saknas representativa nationella data för en uppföljning av lagen ur ett patient-brukar-, och anhörigperspektiv. Sammanfattningsvis ser vi ett behov av att stärka tillgången till data på nationell nivå för uppföljningen av lagen.

I vår enkät till samordnare för landsting och kommuner har vi ställt frågor om uppföljningen av lagen. Av de samordnare som har svarat på enkäten anger de flesta att lagens bestämmelser följs upp, även om uppföljningen kan variera mellan de olika bestämmelserna i lagen. Några samordnare anger att utvecklingen av nya it-stöd försvårar eller till och med hindrar uppföljningen av lagen.



6.1 NATIONELLA DATA SAKNAS FÖR UPPFÖLJNINGEN AV FLERA DELAR AV LAGEN

SKL har under 2017 tagit fram en vägledning för uppföljningen av lagen: *Indikatorer för sammanhållen vård och omsorg*. Syftet med vägledningen är att beskriva indikatorer som är lämpliga för att följa upp effekterna av den nya lagen och de nya arbetssätt i vården och omsorgen som den förutsätter (SKL 2018). I vår kartläggning av indikatorer för den fortsatta uppföljningen av lagen har vi använt vägledningen som en utgångspunkt när vi har undersökt tillgången till data.

Vår kartläggning visar att det finns data på nationell nivå för flera områden som är relevanta för vår uppföljning av den nya lagen. Det gäller till exempel indikatorerna "vårdtid som utskrivningsklar" och "återinskrivningar", se även kapitel 4. Men för andra områden saknas i nuläget nationella data, till exempel för uppföljningen av SIP och fast vårdkontakt (se tabell 14). Som vi nämner i kapitel 4 har SKL bildat en arbetsgrupp vars syfte är att utveckla möjligheter till uppföljning av lagen.

Tabell 14. Datatillgång för uppföljningen av lagen.

Indikator	Data finns på nationell nivå (ja/nej)	Datakälla
Vårdtid som utskrivningsklar	Ja	Väntetider i vården
Vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter	Ja	Väntetider i vården
Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar	Ja	Vården i siffror, Patientregistret
Undvikbar slutenvård	Ja	Vården i siffror, Patientregistret
Frakturer på lår och höft	Ja	Vården i siffror, Patientregistret
Vårdtillfällen med inskrivningsmeddelande	Nej	Lokala och regionala datakällor
Vårdtillfällen som leder till samordnad individuell planering	Nej	Lokala och regionala datakällor inom landsting och kommuner
Preliminärt utskrivningsdatum i inskrivningsmeddelande	Nej	Lokala och regionala datakällor inom landsting och kommuner
Vårdtillfällen med patienter utskrivna den dag de är utskrivningsklara	Nej*	Väntetidsdatabasen
Inskrivna patienter med samordnad individuell plan	Nej	Lokala och regionala datakällor inom landsting och kommuner
Fast vårdkontakt	Nej	Lokala och regionala datakällor inom landsting och kommuner

Not: *Utveckling av indikatorn pågår

Källa: SKL 2018c.

I den fortsatta uppföljningen av lagen kommer vi att använda indikatorer som kan spegla effekterna av lagen och som går att analysera på nationell nivå. Vi kommer också undersöka möjligheterna att ta del av landstingens och kommunernas egna data.

6.2 NATIONELLA DATA SAKNAS FÖR UPPFÖLJNING AV LAGEN UR ETT PATIENTPERSPEKTIV

Den nya lagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Ord som trygghet, kontinuitet och säkerhet används i lagens förarbeten för att tydliggöra lagens intentioner.

Ett av vårt uppdrags huvudsakliga syften är att följa upp den nya lagens effekter. En sådan effektutvärdering kan inte bara fokusera på verksamheternas processer och på ledtider, utan behöver även ta patienternas och deras anhörigas erfarenheter i beaktande. Vi har därför under hösten 2018 kartlagt vilka befintliga möjligheter som finns för att följa upp patienters erfarenheter i hälso- och sjukvården och omsorgen. Vi har bland annat studerat den nationella patientenkäten, de nationella kvalitetsregistren och webbkollen. I några av datakällorna är frågorna relevanta för vår uppföljning, men täckningsgraden är låg. För andra datakällor gäller det motsatta, täckningsgraden är hög men frågorna är inte relevanta. Vår slutsats är att uppföljningen av den nya lagen från ett patient-, brukar- och anhängarperspektiv behöver utvecklas. Vi har utgått från följande frågor vid vår analys av befintliga uppföljningsverktyg (se faktaruta 10).

Faktaruta 10. Våra frågor vid kartläggningen av enkäter och uppföljningsverktyg.

- Finns det frågor som rör samverkan mellan vården och omsorgen i samband med och efter utskrivning från slutenvården?
- Finns det frågor som rör patientdelaktighet och information i samband med och efter utskrivning från slutenvården?
- Finns det frågor som kopplar direkt till lagen, exempelvis
 - fast vårdkontakt i den öppna vården
 - information till patienten (enligt patientlagen)
 - samordnad individuell planering?
- Hur hög är täckningsgraden i de kartlagda uppföljningsverktygen?
- Hur ofta görs dessa undersökningar eller insamlingar av data?



Vår kartläggning visar följande:

- **Webbkollen:** Webbkollen består av flera delar, bland annat ”återinskrivningar”, ”kommunal vård och omsorg” och ”ring upp”. Den sistnämnda riktar sig till patienter över 65 år som nyligen har skrivits ut från slutenvården. Patienten rings upp av den vårdavdelning som skrev ut patienten, oftast inom tre dagar, för en intervju med öppna frågor. Undersökningen är främst ett instrument för lokal verksamhetsutveckling och har inte ambitionen att fungera som ett nationellt uppföljningsverktyg.
I Webbkollen finns flera relevanta patientnära frågor med bäring på samverkan vid utskrivning från slutenvården som till exempel rör SIP och fast vårdkontakt. Men täckningsgraden på nationell nivå är låg, vilket innebär att möjligheterna att dra slutsatser på nationell nivå är begränsade.
Vi bedömer att frågorna i Webbkollen lämpar sig för en uppföljning av lagen, men att täckningsgraden är för låg för att det ska vara möjligt att använda resultaten för en nationell uppföljning (SKL 2018).
- **Nationella patientenkäten (NPE):** Den nationella patientenkäten riktar sig till patienter inom olika delar av hälso- och sjukvården, exempelvis öppen och slutna somatisk och psykiatrisk vård, akutvård samt primärvård. Primärt skickas enkäten ut med post till patienter efter ett vårdtillfälle men metoden anpassas för vissa verksamheter. Exempelvis delas enkäten ut direkt till patienter inom den psykiatriska vården. Frågeställare är vårdverksamheterna. Enkäten syftar till ständiga förbättringar av vården. Regelbundna, standardiserade mätningar görs vartannat år och täckningsgraden blir allt bättre. Frågorna i NPE belyser samverkan men fokus ligger i stor utsträckning på samverkan inom vården snarare än på samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vår sammantagna bedömning är att infrastrukturen för uppföljning av lagen finns inom NPE men att frågorna behöver utvecklas för att bättre fånga effekterna av lagstiftningen (Nationell patientenkät 2018).
- **Äldreundersökningen (Vad tycker äldre om äldreomsorgen?):** Socialstyrelsens äldreundersökning är en pappersenkät som riktar sig till personer över 65 år med hemtjänst eller i särskilt boende. Svarsfrekvensen är relativt god. Syftet med den årliga undersökningen är att få veta hur de äldre uppfattar äldreomsorgen. De befintliga frågorna i undersökningen rör till exempel trivsel, bemötande och trygghet, men innehåller inte svar

på våra frågor om samordning och kontinuitet mellan olika verksamheter. Vi bedömer därför att inte heller äldreundersökningen i dess nuvarande form motsvarar våra behov för uppföljning av den nya lagens effekter ur ett patientperspektiv. Nya frågor som mer specifikt rör lagen skulle kunna tas fram till undersökningen – helst i en separat sektion med frågor om lagen så att det framgår att de skiljer sig från de befintliga frågorna (Socialstyrelsen 2018a).

- **De nationella kvalitetsregistren:** Det finns ett stort antal kvalitetsregister inom olika områden som samlar in kunskap inom det område som kvalitetsregistret omfattar. Täckningsgraden är oftast hög. Men vi bedömer ändå att det inte finns några lämpliga data för uppföljning av den nya lagens effekter för patienterna inom de befintliga kvalitetsregistren.

Registret primärvårdskvalitet är under uppbyggnad och klassificeras därför ännu inte som ett kvalitetsregister. Förhoppningen är att det i framtiden kommer att kunna användas för den här typen av uppföljningar om tillgång till deras data möjliggörs.

- **SIP-kollen:** SIP-kollen är en webbenkät som skickas ut från SKL och som vänder sig till personer som fått en SIP. Syftet med enkäten är att ta reda på hur patienten upplevde att få en SIP. Eftersom rekryteringen till enkäten sker spontant och svarsfrekvensen är låg, bedömer vi att inte heller det här enkätverktyget kan användas i vår uppföljning (SIP-kollen 2018).
- **Rutinkollen:** Rutinkollen är ett webbverktyg som vänder sig till personal i verksamheter för att följa upp verksamhetens efterlevnad till olika rutiner och riktlinjer samt om de följs och dokumenteras. Frågorna ligger utanför vårt uppdrag och speglar inte patientens upplevelse av samverkan vi utskrivning. Vi gör därför bedömningen att inte heller detta webbverktyg kan användas i vår uppföljning av lagen (Rutinkollen 2018).

6.3 LANDSTING OCH KOMMUNER FÖLJER UPP LAGEN

I följande avsnitt redovisar vi resultatet från vår enkät till samordnare för landstingen och kommunerna om hur de följer upp den nya lagen.



6.3.1 Främst inskrivningsmeddelande, underrättelse om att patienten är utskrivningsklar och SIP följs upp

Av enkäten till samordnare för landstingen framgår att 15 av 18 av de som har svarat att deras landsting följer upp inskrivningsmeddelanden, underrättelser om att patienten är utskrivningsklar, SIP och återinskrivningar. Något färre följer upp fast vårdkontakt och informationsöverföring vid utskrivning. 8 av 18 samordnare anger att de följer upp information som ges till patienten inom landstinget (se tabell 15).

Tabell 15. Landstingens uppföljning av lagens olika delar. Antal svar från samordnare för landstingen per svarsalternativ. Baseras på 18 svar. Fler svar kunde anges.

Den nya lagens delar	Ja	Nej	Ej svar/ Vet ej	Totalt
Inskrivningsmeddelande	15	2	1	18
Fast vårdkontakt i den öppna vården	13	2	3	18
Planering inför patienten är utskrivningsklar	12	4	2	18
Underrättelse om att patient är utskrivningsklar	15	2	1	18
Informationsöverföring vid utskrivning	12	2	4	18
Information till patienten	8	5	5	18
Samordnad individuell plan SIP	15	2	1	18
Återinskrivning	15	2	1	18

I fritextsvaren framkommer att uppföljning görs genom till exempel månatliga möten med berörda verksamheter eller genom analysgrupper. Fem landsting anger att deras it-stöd är under utveckling, vilket försvårar eller hindrar uppföljningen.

12 av 18 landstingsamordnare svarar att lagen följs upp från ett patient-, brukar och anhörigperspektiv i deras landsting. Vilket verktyg som används varierar. Vissa landstingsamordnare uppger Nationell patientenkät och Webbkollen, medan andra har utvecklat egna enkäter (se tabell 16). Flera svar har varit möjliga att ange i enkäten.

De landstingsamordnare som anger andra metoder tar upp till exempel uppföljning genom forskningsprojekt eller att landstinget ringer upp patienter eller anhöriga efter utskrivning.

Tabell 16. Metoder för uppföljning av lagen inom landstingen. Antal svar från samordnare för landstingen per svarsalternativ. Baseras på 18 svar. Fler svar kunde anges.

Metod	Antal landsting av 18 svarande
Webbkollen	5
Nationell patientenkät	4
Egenutvecklad enkät till patienter och anhöriga	3
Patient/brukarrevisioner	3
Andra metoder	4

6.3.2 De flesta kommuner följer upp bestämmelserna i lagen

Av de kommunsamordnare som representerar kommunerna i 10 län som har svarat på enkäten anger 7 av 10 att bestämmelserna i lagen följs upp av kommunerna i deras län, exempelvis inskrivningsmeddelande, fast vårdkontakt och SIP. Hälften av samordnarna anger att återinskrivning följs upp. I fritextsvaren framkommer att lagen följs upp genom nationella data, genom regionala uppföljningsgrupper, egna utdata och i ett fall genom samarbete med lokala forsknings- och utvecklingsenheter. Av de som inte följer upp lagen i dag svarar samtliga att de planerar uppföljning, men att de ännu inte har påbörjat arbetet.

I vår enkät anger 4 av 10 kommunsamordnare att lagen följs upp från ett patient-, brukar- och anhörigperspektiv. De verktyg som används är Webbkollen, Nationell patientenkät, egenutvecklade enkäter och andra metoder (se tabell 17). De som anger andra metoder nämner samarbeten med lokala forsknings- och utvecklingsenheter.

Tabell 17. Metoder för uppföljning av lagen inom kommunerna. Antal svar från samordnare för kommunerna per svarsalternativ. Baseras på 10 svar. Fler svar kunde anges.

Metod	Antal kommuner av 10 svarande
Webbkollen	1
Nationell patientenkät	1
Egenutvecklad enkät till patienter och anhöriga	3
Patient/brukarrevisioner	0
Andra metoder	3





Inriktningen på den fortsatta uppföljningen

I det här avslutande kapitlet redogör vi kortfattat för förutsättningarna och inriktningen på vår fortsatta uppföljning av den nya lagen som vi kommer redovisa i en slutrapport 2020.

7.1 FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR UPPFÖLJNING BEHÖVER STÄRKAS

I den allmänna diskussionen om lagens effekter är det i dag ett stort fokus på processer och ledtider, i synnerhet för slutenvården. Vi vill därför bredda analysen och fördjupa oss i effekterna av lagen för patienter, brukare och anhöriga samt för verksamheter inom den öppna vården och socialtjänsten.

Som vi har visat saknas data på nationell nivå för uppföljningen av flera av lagens delar. Vår slutsats är därför att tillgången till nationell statistik behöver stärkas, särskilt uppföljningen av effekterna av lagen ur ett patient-, brukar- och anhörigperspektiv.

Vår ambition är därför att delta i och stödja en utveckling av nya data och indikatorer som kan användas för att spegla patienters, brukares och anhörigas erfarenheter. Vår utgångspunkt för den fortsatta uppföljningen är också att med hjälp av huvudmännen undersöka möjligheterna att fördjupa oss i regionala och lokala datakällor. Behovet av uppföljning av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från den slutna hälso- och sjukvården är inte enbart kopplat till det här regeringsuppdraget, utan det är angeläget att skapa förutsättningar för en långsiktig uppföljning av samverkan mellan landsting och kommuner.



7.2 FOKUS PÅ UTVECKLINGSARBETE, EFFEKTER OCH MÅLUPPFYLLELSE

Vi ser behov av en bred fortsatt genomlysning av både processerna och effekterna av den nya lagen. Inför den slutredovisning av uppdraget kommer vi därför att fördjupa vår analys av utskrivningsprocesserna från slutet somatisk och psykiatrisk vård till fortsatta insatser i öppen vård och kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vi kommer att studera hur lagen har genomförts i kommuner och landsting och vilka effekter lagstiftningen har på utskrivningsprocessen och förutsättningarna för att nå målen med lagen. Vi kommer också att lämna rekommendationer till regeringen och huvudmännen om hur samverkan vid utskrivning kan utvecklas.

Tre övergripande områden kommer att vara i fokus för den fortsatta uppföljningen.

Vilken betydelse har utvecklingsarbetet i landstingen och kommunerna för genomförandet av lagen?

I vår fortsatta uppföljning kommer vi fördjupa vår analys av utvecklingsinsatserna och dess betydelse för genomförandet av lagen. Uppföljningen kommer även fortsättningsvis att fokusera på både den nationella, den regionala och den lokala nivån.

Vilka är effekterna av lagen?

I vår fortsatta uppföljning kommer vi studera effekterna av lagstiftningen för patienter och huvudmän. Vi kommer att fortsätta att identifiera vilka effekter som kan följas på kort och på längre sikt. Vi kommer att fokusera på särskilt utsatta grupper, till exempel barn- och unga och patienter som vårdas inom rättspsykiatrin.

Vilka faktorer främjar eller hindrar måluppfyllelsen för lagen?

Vi har hittills ringat in ett antal faktorer som uppfattas som utmaningar och främjande för genomförandet av lagen. Vi kommer att fördjupa vår analys av dessa faktorer och hur de påverkar möjligheterna att uppnå målen med lagen. I den här analysen blir det viktigt att även fortsättningsvis skilja på vilka faktorer som är specifikt kopplade till lagens olika delar och vilka faktorer som är kopplade till mer övergripande förutsättningar för samverkan som till exempel rör organisation, styrning och informationsöverföring.



Referenser

- Andersson, M. (2009). *Programteoretiskt lärande. Hur kan programteori underlätta användning och lärande av utvärdering?* Malmö, Malmö högskola.
- Anell, A., Mattisson, O. (2009). *Samverkan i kommuner och landsting: en kunskapsöversikt*. Lund, Lunds universitet.
- Ekonomistyrningsverket (2016). *Vägledning Verksamhetslogik*. Stockholm, Ekonomistyrningsverket.
- Nationell patientenkät (2018). patientenkät.se Hämtad 2018-11-15.
- Nationella kvalitetsregister (2018). Kvalitetsregister.se Hämtad 2018-11-15.
- Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård i Sörmland (2018). Trygg hemgång och effektiv samverkan. riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Sörmland. Informationsöverföring och upprättande av samordnad individuell plan (SIP).
- Regeringen (2017). *Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*. Stockholm, Socialdepartementet.
- Rutinkollen (2018). rutinkollen.se Hämtad 2018-11-15.
- SIPkollen (2018). sipkollen.se Hämtad 2018-11-15.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017a). Dnr 17/01171. *Ansökan om medel till medlemsstöd 2017 avseende trygg och effektiv utskrivning från sjukhus. Ansökan om statliga medel*. 2017-02-22. Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017b). *Indikatorer för sammanhållen vård och omsorg. En vägledning med fokus på indikatorer som belyser förmågan till samordning vid utskrivning från slutenvård*. Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting.

- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018a). Dnr 17/01171. *Uppföljning av SKL:s medlemsstöd avseende samverkan vid utskrivning från sjukhus*. PM 2018-02-16. Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018b). Dnr 18/00237. *Ansökan om medel till medlemsstöd 2018 avseende samverkan vid utskrivning från sjukhus*. PM 2018-01-12. Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018c). *Indikatorer för sammanhållen vård och omsorg. En vägledning med fokus på indikatorer som belyser förmågan till samordning vid utskrivning från slutenvård*. Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018d). *Webbkollen*. <http://www.webbkollen.com/> Hämtad 2018-11-14.
- Socialstyrelsen (2017). *Om övergångar mellan slutenvård och öppen vård och omsorg*. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018a). *Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar*. www.socialstyrelsen.se/indikatorer/sokiindikatorbiblioteket/ojhs/oplaneradaterinskrivninginom30. Hämtad 2018-10-11. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018b). *Statistikdatabas för diagnoser i slutenvård*. www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserislutenvard. Hämtad 2018-10-23. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018c). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforeelser/aldreomsorg/vadtyckerdealdreomaldreomsorgen> Hämtad 2018-11-15.
- Wetter-Edman, K., Malmberg, L. (2018). *Utskrivning eller hemgång? Att samverka personcentrerat genom tjänstedesign*. Rapport 2018:2, FOU i Sörmland.
- Vårdanalys (2014). *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Rapport (2014:2). Stockholm, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys (2016). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016*. PM 2016:5. Stockholm, Myndigheten för vård och omsorgsanalys.
- Vårdanalys (2017). *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient och brukarperspektiv*. Rapport (2017:9). Stockholm, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys (2018). *En lob i mål? Uppföljning av satsningen för ett förbättrat omhändertagande av berusade personer*. Rapport 2018:1. Stockholm, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.



BILAGA 1. SÅ HAR VI GÅTT TILL VÄGA

Under arbetet med delrapporten har vi använt både kvalitativ och kvantitativ metod. Vi har analyserat statistik, kartlagt och analyserat dokument samt genomfört intervjuer, workshoppar och enkätstudier riktade till representanter för patient-, brukar-, anhörig- och pensionärsorganisationer samt till samordnare inom kommuner och landsting, företrädare för landstingets psykiatri samt personal inom verksamheterna.

Enkäter till samordnare i kommuner och landsting

Under augusti till september 2018 genomförde vi en enkätundersökning riktad till kommuner och landsting. Syftet var att kartlägga kommuners och landstings utvecklingsarbete och att fånga uppfattningar om lagen utifrån huvudmännens olika perspektiv.

Urval

För att kartlägga kommuners och landstings utvecklingsarbete och fånga uppfattningar om lagen utifrån huvudmännens olika perspektiv har vi vänt oss till personer på regional nivå i kommuner och landsting som verkar som projektledare, utvecklingsledare och samordnare vid införandet av lagen. Vi omnämner dessa personer som *samordnare* i rapporten. Samordnarna har också deltagit i SKL:s nätverk för samverkan med anledning av den nya lagen och har därmed god överblick på området. Det finns ofta en samordnare för landstinget och en samordnare för kommunerna i länet. Vi har vänt oss till båda samordnarna i varje län för att fånga de två huvudmännens olika perspektiv.

Vi har också vänt oss till personer som företräder landstingens psykiatri för att få deras synpunkter inför att den nya lagen börjar tillämpas även inom psykiatrin den 1 januari 2019. Vi har kontaktat företrädare för psykiatrin via nätverket för ledning och styrning av psykiatrin som SKL samordnar. Dessa personer är företrädesvis chefer på olika nivåer inom psykiatrin.

Att vi valt att vända oss till personer som är chefer eller har en samordnande roll på regional nivå i införandet av den nya lagen innebär att vi fångar perspektiv från personer på en relativt hög nivå i organisationerna. Det finns därmed en risk att vi går miste om uppfattningar från personer som arbetar närmare verksamheterna. Vår bild är ändå att samordnarna och företrädarna även har en god uppfattning om det mer verksamhetsnära perspektivet, eftersom många av dem även har funktioner i verksamheterna som till exempel medicinskt ansvariga sjuksköterskor eller läkare. Vi avser att inkludera det verksamhetsnära perspektivet i högre utsträckning i vår kommande slutrapport.

Enkätfrågor

Enkäten till kommuner och landsting hade följande övergripande frågeområden:

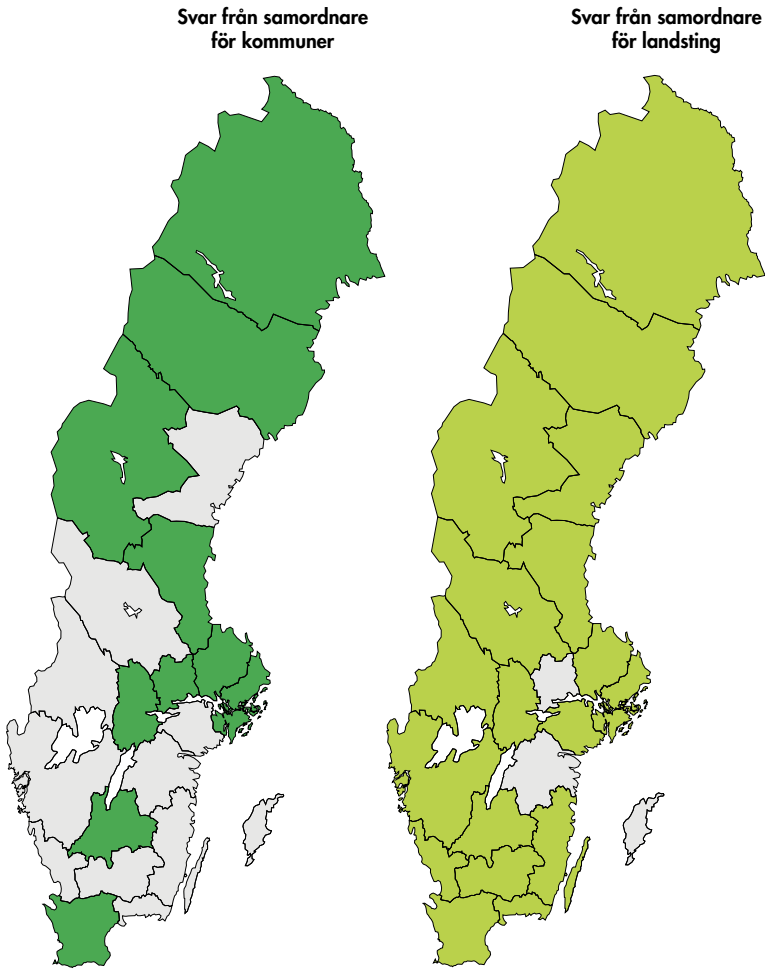
- riktlinjer och överenskommelser
- överenskommelser om betalningsansvar
- utvecklingsarbete och insatser med anledning av den nya lagen
- patient- och anhöriginformation samt delaktighet från patienter och anhöriga
- lagens syfte och utformning samt utmaningar och främjande faktorer
- uppföljning av lagen.

Enkäten genomgick en intern kvalitetssäkring och fick samrådsbekräftelse av SKL. Enkäten skickades ut till deltagarna med e-post (wordfil) och tre påminnelser gjordes.

Svarsfrekvens

Vi fick svar från samordnare i 18 av 21 landsting, svar från företrädare för psykiatrin i 14 landsting och svar från samordnare för kommunerna i 10 av 21 län. De 10 kommunsamordnarna representerar tillsammans drygt hälften av landets kommuner. Den geografiska spridningen av svaren framgår av figur 19.

Figur 19. Geografisk spridning av svaren från samordnare i kommuner och landsting.



Källa: Vårdanalys enkät 2018.

Vi fick dessutom in 13 svar från företrädare i enskilda kommuner. Deras svar ingår i analysen av fritextsvaren som bland annat beskriver utmaningar och främjande faktorer.

Analys

Svaren lades in manuellt i Excel och bearbetades och analyserade därefter. En av frågorna i enkäten var hur lätt eller svårt samordnare och företrädare uppfattar att det är att uppfylla lagens olika delar. Frågan hade fem svars-

alternativ från mycket svårt till ganska lätt. De olika alternativen tilldelades ett värde mellan 1 och 5, och sedan beräknades ett medelvärde för alla svarande.

I analysen jämförde vi medelvärdet för samordnarnas svar för var och en av lagens sju delar och medelvärdena färgkodades så att värden ≥ 3.5 visas som grön ("lätt"), värden mellan 2.51 och 3.49 visas som gul ("varken eller") och värden ≤ 2.5 visas som röd ("svårt"). Gränserna valdes för att illustrera skillnaderna mellan kommuner och landsting så tydligt som möjligt.

Enkäter till representanter för patienter, brukare, anhöriga och pensionärer

Under augusti till september 2018 genomförde vi också en enkätundersökning riktad till personer som representerar patient-, brukar-, anhörig- och pensionärsorganisationer. Eftersom många av de patienter som vårdas inom slutenvården och som alltså är målgruppen för lagen är multisjuka äldre och personer med psykisk ohälsa, missbruk eller demensdiagnoser valde vi att fokusera på organisationer som företräder dessa grupper: Pensionärernas riksförbund (PRO), SPF Seniorerna och Riksförbundet för mental och social hälsa (RSMH). Syftet i den här delrapporten har varit att fånga upplevelserna på en övergripande nivå. Vi hämtade också in synpunkter från nationella och regionala företrädare inom organisationerna innan och under tiden vi formulerade enkätfrågorna. De övergripande frågeområdena i enkäten var

- kännedom och information om lagen
- samverkan mellan kommun och landsting vid utskrivning från slutenvård
- lagens utformning
- hur lagen kommer att fungera i praktiken – utmaningar och främjande faktorer
- utvecklingsarbete och insatser.

Vi skickade ur enkäter via e-post till samtliga läns distriktsordförande för organisationerna, totalt 74 personer. Vi fick kontaktuppgifter via organisationernas respektive webbplatser. Två av enkäterna genomfördes på telefon.

Svarsfrekvens

Vi kan konstatera att den totala svarsfrekvensen är låg. Bara 22 av 74 representanter har svarat (PRO: 5 av 25, SPF: 14 av 27, RSMH: 5 av 20).

Detta kan bland annat vara ett tecken på att det inte är helt okomplicerat att ställa den här typen av frågor till patient- och brukarföreträdare. Dels är lagstiftningen relativt ny, dels kan det som utomstående vara svårt att få insyn och förståelse för vårdens och omsorgens processer för samverkan vid utskrivning. Den låga svarsfrekvensen kan också ha andra orsaker, som att enkäten skickats ut digitalt med e-post. Av enkätsvaren framgår att alla svarande inte alltid är bekväma med eller har tillgång till digital teknik, vilket kan ha minskat svarsfrekvensen.

Den låga svarsfrekvensen innebär att vi inte kan dra några långtgående slutsatser utifrån enkätsvaren. Vi bedömer ändå att enkätsvaren ger en värdefull ögonblicksbild av kunskaper om och erfarenheter hos personer inom de nämnda målgrupperna. Men vi behöver fortsätta fånga och analysera patienters, brukares och anhörigas uppfattningar och erfarenheter av lagens effekter, utmaningar och framgångsfaktorer i kommande slutrapport.

Intervjuer och workshoppar

Vi har också genomfört intervjuer och workshoppar med representanter för patient-, brukar-, anhörig- och pensionärsorganisationer, samordnare för kommuner och landsting och företrädare för psykiatrin. Vi har också hållit workshoppar och intervjuat personal i kommuner och landsting i två län: Skåne och Jämtland–Härjedalen. Länen valdes ut ifrån geografiskt läge och befolkningens mängd. Personerna som deltog i workshoppen hade olika positioner – från högre strategisk nivå till mer verksamhetsnära nivå.

Vi har också genomfört explorativa intervjuer inför och under uppföljningen med bland annat nationella och regionala företrädare för RSMH, SHEDO, PRO, SPF, Neuroförbundet, Läkarförbundet samt Kerstin Evelius (Nationell psykiatrisamordnare), Anna Ingmansson (Avdelningschef Närsjukvård), Niklas Eklöf och Louise A Andersson (Utredningen om samordnad utveckling för god och nära vård, S 2017:01).

Dokumentstudier

Vi har kartlagt de riktlinjer och överenskommelser som tagits fram i kommuner och landsting med anledning av den nya lagen. Kartläggningen genomfördes under juni till slutet av september 2018. Insamlingen av dokument gjordes dels via SKL, dels via landstingens och kommunernas webbplatser under juni och juli 2018. Uppgifter eller dokument som tillkommit efter det finns inte med

forts.

i vår kartläggning, förutom för ett län där vi kompletterat med uppdaterade uppgifter som tillkom i september 2018. Det gjorde vi eftersom det i den tidigare versionen av överenskommelsen framgick att överenskommelsen skulle revideras senare under 2018.

Vi har också ställt frågor i enkäterna till samordnare för kommuner och landsting om de har en riktlinje respektive överenskommelse i sitt län. För de län som inte svarat på vår enkät har vi utgått från om vi funnit en överenskommelse och riktlinje via landstingens eller kommunernas webbplatser eller via SKL.

Vi har använt oss av en analysmall för att kartlägga, tematisera och analysera innehållet i dokumenten.

BILAGA 2. ÖVERENSKOMMELSER FÖR BETALNINGSANSVAR

Tabell 18 visar vilka län som har överenskommelser, antal dagar som enligt överenskommelserna ligger till grund för utformning av kommunens betalningsansvar efter utskrivning från sluten somatisk respektive psykiatrisk vård samt det överenskomna ersättningsbelopp som kommunen ska betala per vårddygn. Utformningen av betalningsansvaret baseras inte bara på överenskommet antal dagar, utan även på andra villkor och kriterier (se kapitel 3).

Tabell 18. Överenskommelse, antal dagar för kommunens betalningsansvar efter utskrivning från sluten somatisk respektive psykiatrisk vård samt ersättningsbelopp som kommunen ska betala per vårddygn.

Län	Överens- kom- melse*	Somatisk vård**	Psykiatrisk vård**	Belopp per dygn (kr)*
Blekinge	ja	3	20	7 100
Dalarna	ja	2	30	7 100
Gotland	ja**	2	30	Saknas uppgift
Gävleborg	ja	2	30	7 100
Halland	ja	5	30	7 100
Jämtland	ja	3	30	7 100
Jönköping	ja	2	30	7 100
Kalmar	ja	3	20	6 285
Kronoberg	ja	3	30	6 000
Norrbottn	nej	3	30	7 100
Skåne	ja	2,8	30	7 100
Stockholm	ja	5	30	5 042
Sörmland	ja	3	3	6 000
Uppsala	nej	3	30	5 042
Värmland	ja	3	3	7 100
Västerbotten	ja	3	30	7 100
Västernorrland	ja	3	30	7 100
Västmanland	ja	3	30	4 500
Västra Götaland	ja	3	30	7 100
Örebro	ja	3	15	7 100
Östergötland	ja**	3	30	7 100

* Uppgifter från Vårdanalys enkät.

** Uppgifter från Vårdanalys av överenskommelser.

På väg

Delrapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården

Vårdanalys har regeringens uppdrag att följa upp genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Den här rapporten visar att ett brett utvecklingsarbete har bedrivits av landsting, kommuner och Sveriges Kommuner och Landsting för att stödja införandet av lagen. Vår uppföljning visar också att tiden som patienter väntar på sjukhus har minskat men det finns problem med statistiken. Samtidigt saknas kunskap på nationell nivå om hur patienterna upplever samverkan vid utskrivning och om de märker någon förändring sedan lagens infördes.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

