

# Laga efter läge

Uppföljning av lagen om samverkan  
vid utskrivning från slutenvården



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,  
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad  
på [www.varदानalys.se](http://www.varदानalys.se)

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:  
[registrator@vardanalys.se](mailto:registrator@vardanalys.se)  
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020

**Grafisk Design och produktion:** Les Creatives Sthlm

**Omslagsbild:** Getty Images International

**Tryck:** ÄTTA.45 Tryckeri

ISBN 978-91-88935-14-4



# Laga efter läge

Uppföljning av lagen om samverkan  
vid utskrivning från slutenvården

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

Stockholm 19 mars 2020

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anna Dunér  
*Styrelseordförande*

Anders Anell  
*Styrelseledamot*

Eva Fernvall  
*Styrelseledamot*

Titti Mattsson  
*Styrelseledamot*

Hans Winberg  
*Styrelseledamot*

Jean-Luc af Geijerstam  
*Generaldirektör*

Carl Lundgren  
*Föredragande*

## Förord

En av de stora utmaningarna för Sveriges jämförelsevis goda vård- och omsorgssystem är att skapa en fungerande samordning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Samordningen av vård- och omsorgsinsatser för en person som har skrivits ut från sjukhuset kan vara komplex och involvera ett stort antal aktörer inom vården och omsorgen, exempelvis primärvård, hemtjänst, hemsjukvård, avancerad vård i hemmet och rehabilitering. Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård är ett av många initiativ som syftar till att förbättra samverkan mellan vården och omsorgen. Lagens målsättning är också att patienter som inte längre har behov av den slutna vården så snart som möjligt ska kunna lämna den.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att följa upp lagen och den här rapporten är en slutredovisning av uppdraget. Vi kan konstatera att lagen utgör en del av en större utveckling av vården och omsorgen, exempelvis en mot en nära vård, en ökad digitalisering och en utvecklad kunskapsstyrning. Vår förhoppning är att den här rapporten ska utgöra ett underlag i det fortsatta utvecklingsarbetet såväl nationellt som inom regioner och kommuner. Arbetet med den här rapporten har bedrivits av projektledaren Carl Lundgren, utredarna Linda Hörnqvist och Kerstin Gunnarsson, praktikanten Nadia Jamil, juristen Timothy Hallgren samt analytikern Agnes Lindvall.

Vi vill rikta ett varmt tack till alla som bidragit till vårt arbete. Personal och chefer i kommuner och regioner som vi har intervjuat. Samordnare, projektledare och koordinatörer som har hjälpt oss att arrangera dessa intervjuer. Maj Rom, Greger Bengtsson och Jan Olov Strandell vid Sveriges Kommuner och Regioner som har bjudit in oss att delta i nätverksmöten

och som bistått oss med statistik och dokument. Marika Wenemark vid Linköpings universitet, Evalill Nilsson vid Linnéuniversitetet (tidigare Linköpings universitet), Hanna Emami vid Sveriges Kommuner och Regioner samt Anna Olheden och Kristin Irebring vid Region Kalmar län som har bidragit i arbetet med vår patientenkät. Vår referensgrupp som har bestått av Jonas Holm, Mari Huupponen, Niklas Föghner och Sara Svensson. Mika Levin-Smeds, Karin Sundström och Sofi Nordmark som har gett inspel till rapporten. Slutligen vill vi rikta ett stort tack till de patient- och brukarföreträdare som har delat med sig av egna erfarenheter och kunskaper.

Stockholm i april 2020

Jean-Luc af Geijerstam  
*Generaldirektör*

Den 1 januari 2018 infördes lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har regeringens uppdrag att följa upp genomförandet av lagen.

### Vi kommer fram till följande slutsatser:

- ▶ Lagen har lett till en minskning av vårdtiden för utskrivningsklara patienter inom den somatiska vården.
- ▶ För psykiatrin ser vi en trend mot kortare vårdtider för utskrivningsklara patienter men resultatet är osäkert på grund av ett stort bortfall i inrapporteringen av data.
- ▶ Vår kunskap är begränsad om vilka effekter lagen har haft för patienter och brukare.
- ▶ Lagen har skapat ett förändringstryck i kommuner och regioner genom det nationella, regionala och lokala utvecklingsarbetet.
- ▶ Lagen uppfattas ha goda intentioner men tillämpningen innebär utmaningar.
- ▶ Lagen har bidragit till förbättrad samverkan, men vi vet inte om det lett till förbättringar ur ett patient- och brukarperspektiv.
- ▶ Lagen har lett till att planering utanför sjukhuset har ökat och den sker i större utsträckning genom digital teknik.
- ▶ Lagen har lett till en ökad administration och arbetsbelastning i kommunerna och primärvården.
- ▶ Lagen uppges ha lett till ökade kostnader i kommuner och i primärvård, men det är svårt dra slutsatser om utvecklingen nationellt.
- ▶ Psykiatrin har inte kommit lika långt i utvecklingsarbetet som den somatiska vården på grund av övergångsbestämmelser.

- ▶ Lagen har marginella effekter för patienter inom rättspsykiatri.
- ▶ Lagen behöver ses som en del av en förändring mot en mer nära vård.

### **Vi ger följande rekommendationer:**

- ▶ Huvudmännen behöver säkerställa att utvecklingsarbetet fortsätter.
- ▶ Huvudmännen behöver inrikta det fortsatta utvecklingsarbetet mot patientens och brukarens erfarenheter och behov.
- ▶ Regeringen och huvudmännen behöver utveckla uppföljningen av effekterna av lagen för patienter och brukare.
- ▶ Regeringen och huvudmännen behöver utveckla uppföljningen av vårdtider i hela processen.
- ▶ Regeringen och huvudmännen behöver utveckla uppföljningen av den vård och omsorg som ges i och primärvården och kommunerna.



# Sammanfattning

Den 1 januari 2018 infördes lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (även kallad LoSUS i 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 regionfinansierade 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.

I lagen finns bland annat bestämmelser om fast vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården, samordnad individuell planering (så kallad SIP), informationsöverföring mellan verksamheter och information till patienten. Genom lagen har tidsfristen när kommunens betalningsansvar inträder för utskrivningsklara patienter kortats från fem till tre dagar, om inte kommuner och regioner har kommit överens om annat.

## VI FÖLJER UPP EFFEKTERNA AV LAGEN

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att följa upp regionernas och kommunernas utvecklingsarbete samt effekterna av lagstiftningen för huvudmännen och patienterna. I arbetet med den här rapporten har vi genomfört intervjuer, enkäter riktade till patienter och personal, dataanalyser samt dokumentstudier.

## RESULTAT

### **Minskad vårdtid för utskrivningsklara patienter inom somatiska vården**

Lagen har lett till att vårdtiden för utskrivningsklara patienter inom den somatiska vården har minskat, vilket är ett av lagens huvudmål. En stor andel av patienterna skrivs också ut samma dag som de är utskrivningsklara. För utskrivningsklara patienter inom den psykiatriska vården ser vi en trend mot minskade vårdtider, men det finns en osäkerhet i datamaterialet på grund av ett bortfall. Vi ser behov av att utveckla uppföljningen av vårdtider för utskrivningsklara patienter.

Det finns en samsyn i kommuner och regioner om att det i grunden är positivt att utskrivningsklara patienter skrivs ut så snart som möjligt, och inte ligger kvar i onödan på sjukhus. Men vi ser risker med en alltför ensidig styrning mot snabbare utskrivning. Det kan påverka kvaliteten i vården och omsorgen negativt, till exempel om patienten skrivs ut innan vård- och omsorgsinsatser finns på plats när patienten lämnar den slutna vården.

### **Behov av fördjupad uppföljning av oplanerade återinläggningar**

Vi ser en marginell ökning av oplanerade återinläggningar i riket för helåret 2019 jämfört med helåret 2017 för gruppen 65 år eller äldre. Statistiken är hämtad från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Samtidigt ser vi på månadsbasis variationer i andelen återinläggningar. Vår slutsats är att förändringen är för liten och variationerna för stora för att vi ska kunna prata om ett trendbrott när det gäller återinläggningar. Vi ser också skillnader i andelen återinläggningar mellan regionerna.

För att kunna dra mer detaljerade slutsatser av återinläggningar krävs fördjupande analyser, exempelvis baserat på olika diagnos- och åldersgrupper. I september 2020 redovisar Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag om återinläggningar. Fokus för uppdraget är bland annat att undersöka omfattningen av återinläggningar av multistjuka och sköra äldre och hur de hanteras i olika regioner. Vi välkomnar även lokala och regionala analyser för att fastställa orsaker och omfattning av återinläggningar.

### **Begränsad kunskap om lagens effekter för patienter och brukare**

Kunskapen om effekterna av lagen för patienter och brukare är begränsad. Det beror bland annat på att det finns en brist på nationell statistik, men även på att relativt få lokala och regionala uppföljningar av effekter för patienter och brukare har genomförts.

För att bidra till att öka kunskapen om lagens effekter har vi utvecklat en patientenkät som har testats i Kalmar län. En majoritet av de patienter inom den somatiska vården som svarande på enkäten upplever att samordningen fungerar bra, att de är trygga och att de är involverade i planeringen. Motsvarande bild framkommer i SKR:s punktmätning i den så kallade Webbkollen som genomfördes i 12 regioner hösten 2019. Men antalet svar i båda undersökningarna är för få för att det ska vara möjligt att dra några långtgående slutsatser. Vi ser behov av en utvecklad nationell uppföljning av samordningen mellan vården och omsorgen och lagen från ett patient-, brukar- och närståendeperspektiv.

### **Lagen har skapat ett förändringstryck i kommuner och regioner**

Lagen har skapat ett förändringstryck i kommuner och regioner. Kommuner, regioner och SKR har genomfört ett omfattande och brett utvecklingsarbete mellan 2017 och 2019, och utvecklingsinsatser pågår och planeras också för 2020. Vår bedömning är att utvecklingsarbetet har varit viktigt, och att det har underlättat införandet av lagen. Många insatser har genomförts i samverkan mellan kommuner och regioner, vilket i sig har bidragit till förbättrad samverkan. Utvecklingsarbetet har både riktats mot utmaningar som funnits innan lagen infördes, men också hanterat en del av de utmaningar som uppstått under införandet av lagen. De nätverk som har skapats för kunskapsutbyte på nationell, regional och lokal nivå har varit viktiga för införandet av lagen. De har bidragit till att öka förståelsen för andra aktörers verksamheter, uppdrag och förutsättningar och har på så sätt bidragit till att förbättra förutsättningarna för samverkan.

Samtidigt kvarstår utmaningar. Det gäller exempelvis svårigheter som rör planeringsprocessen, samordnad individuell planering, fast vårdkontakt och beräknad tidpunkt för utskrivning. Vi ser därför behov av ett fortsatt utvecklingsarbete, från både nationellt, regionalt och lokalt håll.

### **Tillämpningen av lagen innebär utmaningar**

Det finns en samsyn i kommuner och regioner om att lagens syfte överlag är gott och att lagen som helhet är tydligt formulerad. Men det finns ett behov av fortsatt implementering av lagen och utveckling av hela utskrivningsprocessen för att nå lagens syfte. Det finns också behov av förtydliganden, till exempel av innebörden av ”utskrivningsklar”, hur planering ska utformas samt den fasta vårdkontaktens roll och ansvar. Det arbetet behöver till stor

del ske på lokal och regional nivå. Men det finns också behov av nationella insatser för att komma till rätta med vissa utmaningar, bland annat de som rör informationsöverföring.

### **Lagen har bidragit till bättre samverkan**

Samverkan har förbättrats sedan lagen infördes, särskilt mellan primärvården och kommunerna. Det finns samtligt ett behov av att fortsätta utveckla samverkan mellan och inom huvudmännen, både före, under och efter utskrivningen, i synnerhet på verksamhetsnära nivå. Samverkan med rehabiliteringsaktörer behöver särskilt utvecklas. Samverkan mellan olika professioner och verksamheter är bland annat viktigt i bedömningen av om en patient är klar för utskrivning, och för att bedömningen ska bli korrekt och komplett samt baseras på en helhetsbild av patientens behov.

Samtidigt är vår uppfattning att förbättrad samverkan inte är ett mål i sig ur ett patient- och brukarperspektiv. Samverkan är främst ett medel för att uppnå en samordnad vård och omsorg. Det behövs fortsatta uppföljningar för att kunna dra några slutsatser om förbättrad samverkan leder till en förbättrad samordning ur ett patient- och brukarperspektiv.

### **Förbättrad informationsöverföring men fortsatta utmaningar finns**

Lagen har bidragit till att förbättra informationsöverföringen, särskilt mellan primärvården och kommunerna. Mer information överförs tidigare mellan flera verksamheter och den är mer strukturerad. Att fler parter ska dela mer information i en process som går snabbare synliggör också befintliga hinder och innebär nya utmaningar, exempelvis om vilken information som ska delas när, hur och av vem. En central utmaning är att information om beräknat utskrivningsdatum flyttas både framåt och bakåt, ofta med kort varsel. Det försvårar planeringen och leder till en ökad osäkerhet och arbetsbelastning. Lagen aktualiserar också tidigare kända hinder i informationsöverföringen: tillämpning av lagstiftning som rör sekretess och samtycke, och it-systemens bristande synkronisering och utformning. Utmaningarna och hindren innebär att personalen lägger mycket tid på att administrera information.

### **Planering utanför sjukhuset har ökat och sker oftare digitalt**

Vår utvärdering visar att lagen har bidragit till förbättringar i planeringsprocessen, i synnerhet mellan primärvården och kommunerna. Vårdplaneringar och andra gemensamma planeringar i slutenvården har minskat,

medan planeringar i allt större utsträckning sker i patientens hem eller på ett boende. Fler patienter uppges få en samordnad individuell plan (SIP), men det saknas nationell statistik för att beskriva hur många. På flera håll genomförs fortfarande få SIP. Det finns olika uppfattningar i verksamheterna om när, hur och var olika former av planering ska genomföras för olika patientgrupper, i synnerhet om vilka som ska erbjudas en SIP.

Lagen har också bidragit till en mer digitaliserad planeringsprocess: planeringen sker i större utsträckning digitalt med stöd av it-system och digital teknik samtidigt som fysiska möten minskat. Förändringarna har fördelar men kan också påverka kommunikationen och samverkan i verksamheterna negativt. Att planeringsprocessen har förändrats i snabb takt kan också innebära utmaningar för samordningen liksom för brukares delaktighet och trygghet. Det gäller i synnerhet om nya och fungerande arbetssätt och funktioner inte är på plats. Vår slutsats är att personcentreringen i planeringsprocessen behöver fortsätta att utvecklas.

### **Administrationn och arbetsbelastningen uppges ha ökat**

Vår utvärdering visar att lagen har lett till en ökad administration inom både primärvården och kommunerna, och till viss del inom slutenvården. Det beror på att informationsöverföring och planering blivit mer omfattande. Även andra moment av samverkan upplevs ta tid. Primärvårdens nya koordinerande roll nämns som en särskild orsak till den ökade administrationen inom primärvården.

Även arbetsbelastningen uppges ha ökat inom primärvården och kommunerna. En orsak till det är att utskrivningsprocessen går snabbare vilket innebär kortare tid för förberedelser, samtidigt som uppgifter som informationsöverföring och planering blivit mer omfattande och tar mer tid. För primärvården innebär uppdraget som fast vårdkontakt också att nya arbetsuppgifter tillkommit.

En annan orsak till den ökade arbetsbelastningen i synnerhet inom kommunerna är att patienterna och brukarna uppfattas ha ett större vård- och omsorgsbehov när de kommer hem eller till ett boende jämfört med innan lagen infördes. Även om arbetsbelastningen har ökat gör personalen stora ansträngningar för att patienter och brukare ska få en trygg och säker vård.

### **Insatser och kostnader i kommuner och i primärvård uppges ha ökat**

De ökade vård- och omsorgsbehoven hos patienter och brukare har fått olika följder för kommunerna, visar både vår enkät och våra intervjuer. Det har



ökat behoven av vård- och omsorgsinsatser och insatserna beskrivs också ha blivit mer omfattande och avancerade. Det har i sin tur lett till ett ökat behov av personal, och i synnerhet personal som har god medicinsk kompetens. Lagen uppges också ha medfört att kostnaderna för vård och omsorg har ökat i kommunerna men även till viss del i primärvården. Slutenvårdens kostnader för patienter och brukare som är utskrivningsklara uppges samtidigt ha minskat.

Men det är svårt att dra slutsatser om hur lagen har påverkat utvecklingen av kostnader och insatser, bland annat eftersom orsakssambanden är komplexa. Exempelvis kan kommunernas resurstillgång och prioriteringar liksom effektiviseringar påverka både insatser och kostnader. Det saknas också relevant nationell statistik för att skapa en heltäckande bild av kostnader, patientens behov samt omfattning och innehåll i de insatser som görs, i synnerhet inom den kommunala hälso- och sjukvården. Uppföljningssystemen är inte heller utformade för att kunna följa upp vård- och omsorgssystemet som en sammanhängande helhet. Det är därför angeläget att utveckla uppföljningen så att det går att följa den omställning av vården och omsorgen som sker och de effekter det får för såväl slutenvården, primärvården och kommunerna.

Majoriteten av kommunerna har oförändrade kostnader för betalningsansvar och kommuner och primärvården har fått små eller inga tillskott av ekonomiska medel med anledning av lagen. Det finns en samstämmig uppfattning i kommuner och regioner om att det saknas tillräckliga resurser för de ökade åtaganden som lagen innebär för kommunerna och primärvården.

## **Psykiatrin har inte kommit lika långt i utvecklingsarbetet som den somatiska vården**

Många av de utmaningar som vi har lyft fram för patienter som skrivs ut från den somatiska vården finns också vid utskrivning från den allmänna psykiatriska vården, exempelvis brister i informationsöverföring och planering och svårigheter med SIP. Det finns också särskilda utmaningar för patienter i den psykiatriska vården. Det handlar exempelvis om bristen på anpassade och lämpliga boenden och bostäder, brister i övergången mellan sluten och öppen psykiatrisk vård samt att samverkan är komplex och involverar många olika aktörer även utanför vården och omsorgen. Många av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS), socialchefer och primärvårdschefer som har svarat på vår enkät menar att det inte har blivit några större skillnader för patienter som har skrivits ut från den psykiatriska

slutenvården jämfört med innan lagen och en stor del av de svarande saknar uppfattning i frågan. Vår bild är att utvecklingsarbetet inte har kommit lika långt för psykiatrin som för den somatiska vården. En förklaring till det är att övergångsbestämmelser för den psykiatriska vården gällde till och med den 1 januari 2019. Vi ser behov av fortsatta studier för att belysa lagens effekter för patienter som skrivs ut från psykiatrisk slutenvård.

### **Lagen har marginella effekter för patienter inom rättspsykiatrin**

Effekterna av lagen för patienter inom rättspsykiatrin är, utifrån vad vi kunnat se, begränsade. Formerna för samverkan är redan reglerade i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) och det finns till stor del rutiner för samverkan på plats sedan tidigare inom kommuner och regioner. Ett ordnat boende lyfts fram av personalen i rättspsykiatrin och kommunerna som det största hindret för överföring eller utskrivning från den slutna rättspsykiatriska vården. LoSUS ger kommunerna små ekonomiska incitament att påskynda processen att få fram ett boende till patienter som överförs eller skrivs ut från den slutna rättspsykiatriska vården.

LoSUS är inte tillämplig vid utskrivningen från öppen rättspsykiatrisk vård. Våra intervjuer visar samtidigt att många patienter har fortsatta kontakter med den allmänna psykiatriska vården och insatser från kommunen. Det kan finnas stora behov av samordning när patienten fullt ut ska anpassa sig till en tillvaro i samhället. Vi anser att det behövs en fördjupad analys av hur samordningsbehoven ser ut för den här gruppen patienter och vilken vård och omsorg som erbjuds efter utskrivningen från den öppna rättspsykiatrin. En sådan analys kan bli underlag för en bedömning, om det är motiverat att LoSUS även ska omfatta utskrivningen från öppen rättspsykiatrisk vård eller om det finns andra insatser som kan svara upp mot patientens behov.

### **Lagen en del av en förändring mot en mer nära vård**

Lagen och dess effekter är del av en större, och sedan tidigare pågående utveckling. Allt mer vård och omsorg genomförs utanför sjukhusen och involverar den kommunala hälso- och sjukvården och primärvården. Avancerad och specialiserad vård som tidigare bara kunde genomföras på sjukhus genomförs till exempel i dag i hemmet. Dessa omställningar har pågått en tid men har påskyndats i och med införandet av lagen. Lagen tar samtidigt sikte på en relativt avgränsad del av hela vård- och omsorgssystemet. Vi menar att lagen behöver ses i ett bredare perspektiv,



och att de omställningar som görs till följd av lagen behöver vävas samman med andra förändringar av organisering av vården och omsorgen, i synnerhet med omställningen mot en god och nära vård. Patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser behöver ligga till grund för de omställningar som sker.

### **Vi ser behov av en fortsatt uppföljning av lagen**

Lagen infördes den 1 januari 2018. Tiden mellan att lagen antogs till att den trädde i kraft var kort och det har också gått relativt kort tid sedan den infördes. Det påverkar möjligheterna att bedöma vilka effekter som har uppnåtts, inte minst eftersom en del av de förändringar som lagen syftar till tar tid att införa. Å andra sidan kan vi konstatera att flera av bestämmelserna i lagen, exempelvis för planering och fast vårdkontakt redan finns i annan lagstiftning (patientlagen (2014:821) och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)). Vi anser därför att det är motiverat att dra slutsatser om effekterna av LoSUS redan nu. Samtidigt ger den här rapporten endast en nulägesbild av effekterna av lagen. Vi ser ett behov av en fortsatt uppföljning från ett patient-, brukar- och verksamhetsperspektiv. Utifrån våra slutsatser i den här utvärderingen lämnar vi följande rekommendationer till regeringen och huvudmännen.

► *Huvudmännen behöver säkerställa att utvecklingsarbetet fortsätter och att nätverk behålls*

Vår slutsats är att utvecklingsarbetet som har bedrivits om lagen på nationell, regional och lokal nivå har varit viktigt för att stödja införandet av lagen. För att kunna hantera de utmaningar som finns kvar och bidra till att underlätta samordning, behöver därför huvudmännen fortsätta utvecklingsarbetet samt behålla nätverk och mötesforum på olika nivåer.

► *Huvudmännen behöver inrikta det fortsatta utvecklingsarbetet mot patientens och brukarens erfarenheter och behov*

Utvecklingsarbetet har hittills i stor utsträckning inriktats mot verksamhetsutveckling, exempelvis genom att utveckla it-system, rutiner och processer. Vi anser att huvudmännen i större utsträckning behöver inrikta det fortsatta arbetet mot patientens och brukarens erfarenheter och behov för att säkerställa att utskrivningsprocessen är personcentrerad. Exempel på centrala aspekter för en god samordning är



kontinuitet, trygghet samt att vården och omsorgen ser till individens hela behov. I det fortsatta utvecklingsarbetet är det också viktigt att vidga perspektivet till att inte bara omfatta lagen och utskrivningsprocessen, utan se vård- och omsorgssystemet som en sammanhängande helhet. Vi anser också att huvudmännen behöver fördjupa utvecklingsarbetet för flera grupper med särskilda behov av samordning, exempelvis patienter inom psykiatrin, rättspsykiatrin, personer med missbruk och beroende samt barn och unga.

► *Regeringen och huvudmännen behöver utveckla uppföljningen av effekterna av lagen för patienter och brukare*

Kunskapen om effekterna av lagen för patienter och brukare är begränsad. Vi anser att regeringen och huvudmännen behöver ta initiativ till en fortsatt metodutveckling och en återkommande nationell uppföljning inom området. Vi anser att det är angeläget att det här utvecklingsarbetet bedrivs nationellt, för att skapa en likvärdig uppföljning i landet och för att möjliggöra nationella jämförelser. Utvecklingsarbetet behöver också koordineras med andra pågående uppföljningsinitiativ inom SKR, kommuner och regioner samt inom statliga myndigheter och även forskningssektorn.

► *Regeringen och huvudmännen behöver utveckla uppföljningen av vårdtider i hela processen*

Ett stort fokus inom SKR, kommuner och regioner har hittills legat på att följa upp och styra mot snabbheten i processen från utskrivningen från slutenvården. Det finns samtidigt brister i statistiken när det gäller den centrala indikatorn ”vårdtid som utskrivningsklar”. Huvudmännen behöver utveckla indikatorn och inrapporteringen av data till SKR behöver ses över. Vårdtiden som utskrivningsklar utgör endast en begränsad del av en patients vårdtid på sjukhus. Det är därför också viktig med fördjupade analyser av hur den totala vårdtiden utvecklas.

► *Regeringen och huvudmännen behöver utveckla uppföljningen av vård- och omsorg i kommuner och primärvården*

Det är viktigt att utveckla uppföljningen av den vård och de insatser som ges av kommuner och regionernas öppenvård för att säkerställa en god vård



och en omsorg med god kvalitet för patienter och brukare. Vår utvärdering indikerar att omfattningen av och kostnaderna för insatser i kommunerna och primärvården har ökat som en följd av lagen. Det finns uppfattningar om att resurserna inom både kommuner och primärvård är otillräckliga för att kunna axla den omställning som lagen kräver. Samtidigt brister möjligheterna att följa upp kostnader, insatser samt patientens behov av vård och omsorg, inte minst i den kommunala hälso- och sjukvården. Vi anser därför att det är angeläget att utveckla uppföljningen så att det går att följa den omställning av vårdens och omsorgen som sker och de effekter det får för såväl slutenvården, primärvården och kommunerna. Uppföljningen behöver fokusera på vård- och omsorgssystemet som en sammanhängande helhet och inte som separata delar. För att kunna dra mer detaljerade slutsatser kring utvecklingen är vår uppfattning att det behövs data och analyser som beskriver hela vård- och omsorgskedjan på individnivå. Det handlar exempelvis om att kunna följa hela vård- och omsorgskedjan så att ett slutenvårdsbesök går att koppla till efterföljande vård i primärvården, vård- och omsorgsinsatser inom kommunerna, och även till eventuella återinläggningar. Det är först när en sådan analys genomförs som vi fullt ut kan dra slutsatser om lagens effekter.





# Innehåll

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Inledning.....</b>   | <b>27</b> |
| 1.1      | Bristande samordning är en av de stora utmaningarna .....   | 29        |
| 1.2      | Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård<br>börjande gälla 1 januari 2018 ..... | 29        |
| 1.3      | Främja god vård och en socialtjänst av god kvalitet efter utskrivning ....                                | 30        |
| 1.4      | Vårdanalys följer genomförandet av lagen.....   | 31        |
| 1.5      | Rapportens disposition .....  | 33        |
| <b>2</b> | <b>Metod .....</b>  | <b>37</b> |
| 2.1      | Ett programteoretiskt analysramverk är grunden för vår analys .....                                       | 37        |
| 2.2      | Både kvalitativa och kvantitativa metoder .....   | 38        |
| 2.3      | Vårt huvudfokus är den somatiska vården .....   | 42        |
| 2.4      | En referensgrupp har lämnat synpunkter på slutsatser .....  | 42        |
| 2.5      | Definitioner och begrepp.....   | 42        |
| <b>3</b> | <b>Slutsatser och rekommendationer.....</b>   | <b>47</b> |
| 3.1      | Lagen har lett till att vårdtiden har minskat för utskrivningsklara<br>patienter inom somatiken.....      | 48        |
| 3.2      | Oklart vilka effekter lagen har för patienter och brukare .....   | 53        |
| 3.3      | Lagen har skapat ett förändringstryck i kommuner och regioner.....  | 55        |
| 3.4      | Tillämpningen av lagen innebär utmaningar .....   | 56        |
| 3.5      | Lagen har bidragit till förbättrad samverkan .....  | 56        |
| 3.6      | Förbättrad informationsöverföring men fortsatta utmaningar finns .....                                    | 57        |
| 3.7      | Planering utanför sjukhuset har ökat .....  | 57        |
| 3.8      | Nationella statistiken fångar inte ökade behov av kommunala insatser..                                    | 58        |



|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 3.9      | Ökad administration och arbetsbelastning i kommuner och primärvård.....                             | 59        |
| 3.10     | Ökade kostnader i kommuner och i primärvård men svårt att dra slutsatser om utvecklingen .....      | 59        |
| 3.11     | Små eller inga ekonomiska tillskott till primärvård och kommuner .....                              | 60        |
| 3.12     | Lagen är en del av förändringen mot en mer nära vård .....  | 60        |
| 3.13     | Resurserna inom kommuner och primärvård upplevs otillräckliga .....                                 | 61        |
| 3.14     | Lagen synliggör behoven av att styrning så att samordning underlättas ..                            | 61        |
| 3.15     | Det behövs balans mellan prioriteringar och mål .....   | 62        |
| 3.16     | Rekommendationer .....  | 65        |
| <b>▶</b> | <b>EFFEKTER PÅ VÅRDTIDER OCH ÅTERINLÄGGNINGAR .....</b>   | <b>67</b> |
| <b>4</b> | <b>Vårdtid som utskrivningsklar .....</b>   | <b>69</b> |
| 4.1      | Vi har analyserat data från regionerna men det finns brister i statistiken..                        | 70        |
| 4.2      | En stor andel i riket skrivs ut samma dag som de var utskrivningsklara ..                           | 72        |
| 4.3      | Vårdtiden för utskrivningsklara patienter har minskat sedan 2017 .....                              | 74        |
| 4.4      | Stor spridning mellan och inom regionerna .....   | 77        |
| 4.5      | Minskning av vårdtid i de flesta regionerna .....   | 81        |
| 4.6      | Kortare vårdtid som utskrivningsklar om patienter som skrivs ut samma dag ingår .....               | 82        |
| 4.7      | Bilden behöver kompletteras med analyser av patienters totala vårdtid ...                           | 84        |
| 4.8      | Flera drivkrafter bakom snabbare utskrivning .....  | 84        |
| 4.9      | Personalen i grunden positiv till en snabbare utskrivning men ser risker .....                      | 85        |
| <b>5</b> | <b>Återinläggningar .....</b>   | <b>89</b> |
| 5.1      | Variationer över tid och inget trendbrott när det gäller återinläggningar ...                       | 90        |
| 5.2      | Vi ser behov av fördjupade analyser av återinläggningar.....  | 93        |
| <b>▶</b> | <b>EFFEKTER FÖR PATIENTER OCH BRUKARE.....</b>  | <b>95</b> |
| <b>6</b> | <b>Effekter för patienter och brukare .....</b>   | <b>97</b> |
| 6.1      | Vår delrapport visade att det saknades data om samordning från patientens perspektiv .....          | 98        |
| 6.2      | Vi har använt nationell patientenkät för att bidra till utvecklingen av nationell uppföljning ..... | 98        |
| 6.3      | Utmanande att mäta patienters upplevelser av samordning.....  | 99        |

|          |  |            |
|----------|--|------------|
| 6.4      | Enkät till patienter i kalmar län.....   | 100        |
| 6.5      | Större undersökning ger bättre bild.....   | 102        |
| 6.6      | De flesta patienter i Kalmar län är positiva till samordningen .....                               | 103        |
| 6.7      | Flera möjliga upplägg för en fortsatt uppföljning .....  | 104        |
| 6.8      | Hur har pilotundersökningen fungerat? .....  | 112        |
| 6.9      | SKR:s punktmätning i webbkollen bekräftar våra resultat.....                                       | 114        |
| <br>     |  |            |
| ▶        | <b>EFFEKTER PÅ BETALNINGANSVAR OCH RESURSER .....</b>  | <b>117</b> |
| <b>7</b> | <b>Betalningsansvar .....</b>  | <b>119</b> |
| 7.1      | Oförändrade kostnader för betalningsansvar i de flesta kommuner .....                              | 120        |
| 7.2      | Kommunerna efterfrågar tydligare krav på regionerna .....  | 122        |
| <br>     |  |            |
| <b>8</b> | <b>Administration, arbetsbelastning och kostnader .....</b>  | <b>127</b> |
| 8.1      | Lagen har lett till en ökad administration .....   | 128        |
| 8.2      | Lagen har lett till ökad arbetsbelastning .....  | 129        |
| 8.3      | Större vård- och omsorgsbehov hos patienter och brukare leder till<br>ökad arbetsbelastning .....  | 131        |
| 8.4      | Ökat behov av personal och medicinsk kompetens i kommunerna.....                                   | 132        |
| 8.5      | Personalen anstränger sig för att patienter och brukare inte ska<br>drabbas .....                  | 133        |
| 8.6      | Insatser i kommunerna uppges ha blivit mer omfattande.....   | 133        |
| 8.7      | Svårt dra slutsatser om lagens inverkan på insatser i kommuner.....                                | 134        |
| 8.8      | Kostnader uppges ha ökat i framförallt kommunerna.....   | 137        |
| 8.9      | Svårt att dra slutsatser om kostnader .....  | 138        |
| 8.10     | Behov av att kunna följa upp hela vård- och omsorgssystemet.....                                   | 141        |
| 8.11     | Inga tillskott av ekonomiska medel till kommuner och tillskott till<br>var femte vårdcentral ..... | 142        |
| <br>     |  |            |
| ▶        | <b>EFFEKTER PÅ SAMVERKAN.....</b>  | <b>145</b> |
| <b>9</b> | <b>Effekter på samverkan .....</b>   | <b>147</b> |
| 9.1      | Bättre samverkan mellan primärvården och kommunerna .....  | 148        |
| 9.2      | Flera tänkbara förklaringar till variationerna.....  | 151        |
| 9.3      | Överenskommelser, utbildningar och dialog bakom bättre samverkan..                                 | 151        |
| 9.4      | Många aktörer kan vara en utmaning för samverkan .....   | 152        |
| 9.5      | Koordinerande funktioner, tvärprofessionella team och möten<br>underlättar samverkan .....         | 154        |



|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| 9.6       | Rehabilitering har en viktig roll som behöver utvecklas.....                               | 154        |
| 9.7       | Ansvarsfördelning och organisatoriska gränssnitt är en fortsatt utmaning.....              | 156        |
| <b>►</b>  | <b>LAGEN OCH DESS DELAR .....</b>  | <b>159</b> |
| <b>10</b> | <b>Uppfattningar om lagens utformning och tillämpning .....</b>                            | <b>161</b> |
| 10.1      | Positiv uppfattning om lagen och dess syfte.....   | 162        |
| 10.2      | Regionala styrdokument ger inte alltid tillräckligt stöd .....                             | 162        |
| 10.3      | Behov av förändring i hela utskrivningsprocessen.....                                      | 163        |
| <b>11</b> | <b>Uppfattningar om begreppet utskrivningsklar .....</b>                                   | <b>167</b> |
| 11.1      | Medicinskt färdigbehandlad, utskrivningsklar eller hemgångskar? ....                       | 168        |
| 11.2      | Ökat företräde för smalare medicinskt perspektiv.....                                      | 169        |
| 11.3      | Behöver regionernas ansvar bli tydligare?.....   | 170        |
| 11.4      | Hemgångskar används inte alltid i praktiken.....   | 171        |
| <b>12</b> | <b>Beräknat utskrivningsdatum .....</b>  | <b>175</b> |
| 12.1      | Flyttade utskrivningsdatum beskrivs som ett vanligt problem .....                          | 176        |
| 12.2      | Flyttade datum hinder i planeringsprocessen .....  | 178        |
| 12.3      | Olika förslag på lösningar .....   | 179        |
| <b>13</b> | <b>Fast vårdkontakt.....</b>   | <b>183</b> |
| 13.1      | Fasta vårdkontakten är ofta en sjuksköterska i primärvården .....                          | 184        |
| 13.2      | Kommunen är ibland fast vårdkontakt.....   | 185        |
| 13.3      | Patienter får oftare fast vårdkontakt men vet inte alltid om det.....                      | 186        |
| 13.4      | Positiv uppfattning om fast vårdkontakt men rollen är otillräcklig och oklar .....         | 186        |
| 13.5      | Den fasta vårdkontakten har oklar roll efter SIP .....                                     | 187        |
| 13.6      | Primärvårdens resurser, uppdrag och organisering påverkar rollen som fast vårdkontakt..... | 188        |
| <b>►</b>  | <b>EFFEKTER PÅ INFORMATIONSOVERFÖRING .....</b>  | <b>191</b> |
| <b>14</b> | <b>Informationsöverföring.....</b>   | <b>193</b> |
| 14.1      | Olika syn på om informationsöverföringen har förbättrats.....                              | 194        |
| 14.2      | Mer information överförs tidigare och mellan fler parter .....                             | 197        |



|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| 14.3      | Brister gör att information är ofullständig, otillräcklig, kommer för sent eller inte alls ..... | 197        |
| 14.4      | Olika uppfattningar om vilken information som ska delas när .....                                | 198        |
| 14.5      | Slutenvården har stort ansvar för att ta reda på och överföra information .....                  | 200        |
| 14.6      | Primärvården behöver vara mer delaktig .....   | 201        |
| 14.7      | Lagstiftning och dess tillämpning är ett hinder .....  | 202        |
| 14.8      | Synkronisering av it-system behöver utvecklas .....  | 205        |
| 14.9      | It-systemen är inte alltid användarvänliga .....   | 207        |
| <b>15</b> | <b>Planering .....</b>   | <b>211</b> |
| 15.1      | Lagen har bidragit till förbättringar i planeringsprocessen men bilden är delad .....            | 212        |
| 15.2      | Primärvården medverkar mer i gemensam planering .....  | 214        |
| 15.3      | Ökad men inte tillräcklig medverkan från primärvården .....                                      | 216        |
| 15.4      | Gemensamma planeringar ökar i hemmet och minskar i slutenvården .....                            | 217        |
| 15.5      | Både för- och nackdelar med olika planeringar .....  | 219        |
| 15.6      | Oklarheter kring sip och vårdplanering .....   | 220        |
| 15.7      | Fler patienter får sip men oklart hur många .....  | 221        |
| 15.8      | Flera skäl till att sip inte görs .....  | 222        |
| 15.9      | Otydlighet och olika tolkningar av målgruppen för sip .....                                      | 223        |
| 15.10     | Alltför stort fokus på att öka antalet sip kan leda till bristande personcentring .....          | 225        |
| 15.11     | Digitaliserad planeringsprocess .....  | 227        |
| <b>▶</b>  | <b>EFFEKTER FÖR PATIENTER INOM DEN ALLMÄNNA PSYKIATRIN OCH RÄTTSPSYKIATRIN .....</b>             | <b>231</b> |
| <b>16</b> | <b>Allmänpsykiatrisk vård .....</b>  | <b>233</b> |
| 16.1      | Övergångsbestämmelser för psykiatri .....  | 234        |
| 16.2      | Psykiatrins utmaningar är desamma som inom somatiken .....                                       | 234        |
| 16.3      | Stort antal aktörer gör samverkan komplicerad .....  | 235        |
| 16.4      | Brist på lämpliga och anpassade boenden .....  | 236        |
| 16.5      | Särskilda utmaningar kring vissa patientgrupper .....  | 236        |
| 16.6      | Utmaningar i övergången mellan slutenvård och öppenvård .....                                    | 236        |
| 16.7      | Lagen har haft små effekter för patienter från psykiatri .....                                   | 239        |
| 16.8      | Svårt att bedöma utvecklingen av psykiatrins vårdtider .....                                     | 239        |
| 16.9      | Både för- och nackdelar med snabb utskrivning .....  | 241        |



|   |            |
|---|------------|
| <b>17 Rättspsykiatrisk vård.....</b>  | <b>245</b> |
| 17.1 Vem får rättspsykiatrisk vård? .....   | 246        |
| 17.2 Regleringen av rättspsykiatri och processen från inskrivning till överföring och utskrivning ..... | 247        |
| 17.3 Förslag att undanta rättspsykiatri från losus .....  | 251        |
| 17.4 LoSUS utveckling, tillämpning och effekter .....   | 252        |
| 17.5 Begränsade effekter av losus .....   | 262        |
| 17.6 Lagen tillämpas i praktiken inte vid utskrivningen från den öppna rättspsykiatriska vården .....   | 263        |
| <b>18 Referenser .....</b>  | <b>267</b> |
| <b>Bilagor .....</b>  | <b>273</b> |
| Bilaga 1 – Utvecklingsarbete .....  | 273        |
| Bilaga 2 – Vårt perspektiv på implementering och samverkan.....   | 284        |
| Bilaga 3 – Enkätfrågor i Vårdanalys pilotenkät och Webbkollen.....                                      | 286        |
| Bilaga 4 – Svarsfrekvenser i Vårdanalys pilotenkät .....  | 289        |
| Bilaga 5 – Metod för enkät till personal och chefer .....   | 290        |
| Bilaga 6 – Informanter .....  | 294        |





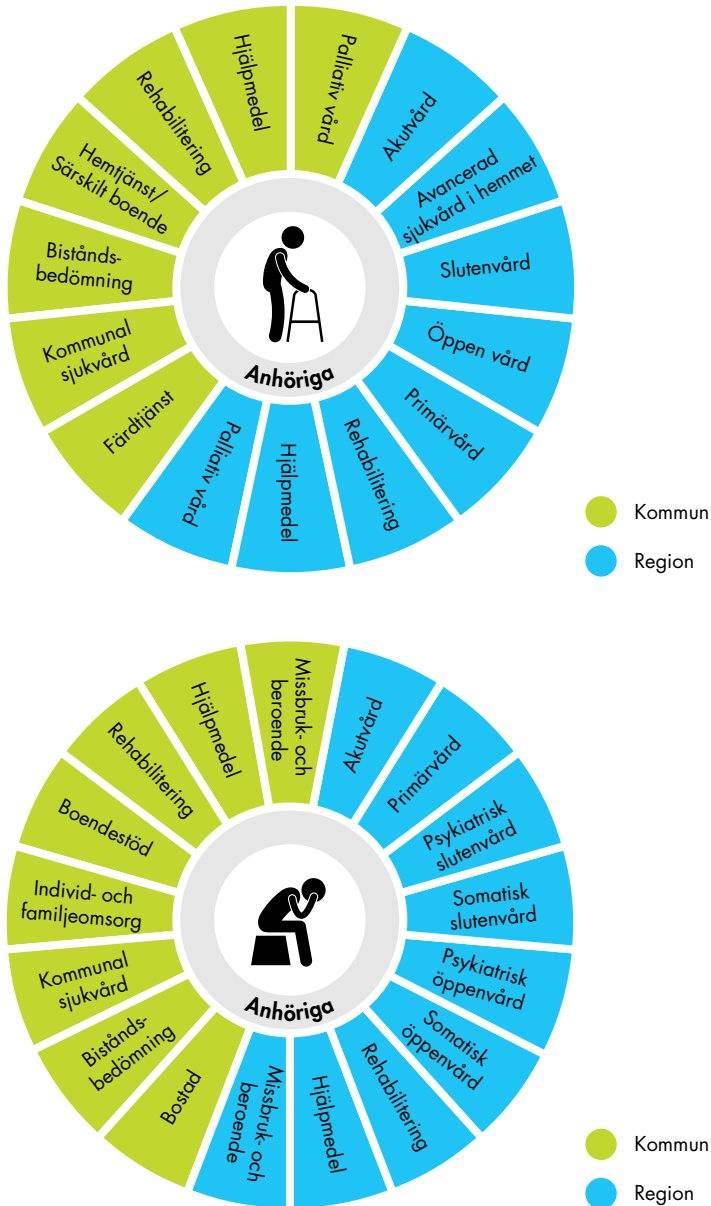
## Inledning

Samordningen av vård- och omsorgsinsatser för en person som har skrivits ut från den somatiska eller den psykiatriska slutenvården kan vara komplex och involvera ett stort antal aktörer. För en äldre person med flera kroniska diagnoser kan det till exempel behövas återkommande kontakter med primärvården och olika specialister inom vården. För att klara den praktiska vardagen kan det vara nödvändigt med insatser från kommunen i form av till exempel hemtjänst eller särskilt boende. Personer med psykiatriska diagnoser kan ha behov av både specialiserad psykiatrisk vård samt somatisk vård och primärvård. Det kan också vara aktuellt med insatser från kommunen i form av boendestöd, öppna verksamheter eller kommunal hälso- och sjukvård. För patienter inom den somatiska vården och den psykiatriska vården spelar ofta de närståendes insatser en viktig roll (Vårdanalys 2016).

Utskrivningen från slutenvården är därför i praktiken sällan en rak process, där verksamheterna kan avsluta sin del efter utfört moment eller insats. Insatserna behöver ofta pågå kontinuerligt och i samverkan med flera andra aktörer, exempelvis om informationsöverföring och planering. Insatserna behöver också samordnas efter patienten och brukarens behov. Figur 1 visar de vård- och omsorgskontakter som kan vara aktuella för en äldre person med flera kroniska diagnoser respektive en person med psykisk ohälsa. Figuren är hämtad från Vårdanalys rapport *Samordnad vård- och omsorg* (Vårdanalys 2016) och Vårdanalys rapport *Att komma överens* (Vårdanalys 2017a).



**Figur 1.** Exempel på aktörer som en äldre person med flera kroniska diagnoser respektive en person med psykisk ohälsa kan möta inom vården och omsorgen.



Källa: Vårdanalys 2016, Vårdanalys 2017a.

## 1.1 BRISTANDE SAMORDNING ÄR EN AV DE STORA UTMANINGARNA

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 visar 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 informationsöverföringen mellan ordinarie läkare och specialistläkare och att det är ovanligt att ha fast läkarkontakt eller fast vårdkontakt (Vårdanalys 2016). I den senaste IHP-undersökningen som riktades till läkare inom primärvården finns både positiva och negativa resultat för kommunikation och informationsöverföring. Positivt är exempelvis att en stor andel av läkarna inom primärvården anger att de kommunicerar regelbundet med hemsjukvården (75 procent). Negativt är exempelvis att en relativt liten andel anger att de får information från sjukhuset vid utskrivning inom 24 timmar (5 procent). (Vårdanalys 2020). Men samtidigt är det viktigt att påpeka att kravet att skicka information endast gäller patienter som omfattas av lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvården.

När samordningen brister kan det leda 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.

## 1.2 LAGEN OM SAMVERKAN VID UTSKRIVNING FRÅN SLUTEN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD BÖRJANDE GÄLLA 1 JANUARI 2018

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 regioner 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 eller BAL. Syftet med översynen var att i högre utsträckning åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan slutna vård på sjukhus och vård och omsorgsinsatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) och socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) 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 slutna vård* (SOU 2015:20) att betalningsansvarslagen skulle upphävas och ersättas med en ny lag. Betalningsansvarslagen ansågs inte ge tillräckliga incitament för kortare väntetider, och vårdplaneringsprocessen ansågs inte vara anpassad efter de arbetssätt och behov som finns i dag. 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. Utredningens förslag har varit grunden för lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (fortsättningsvis även kallad LoSUS eller ”lagen”) som trädde i kraft 1 januari 2018.

### 1.3 FRÄMJA GOD VÅRD OCH EN SOCIALTJÄNST AV GOD KVALITET EFTER UTSKRIVNING

Syftet med lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård 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 regionfinansierade öppna vården. I det syftet 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 (1 kap. 2 § LoSUS). 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.

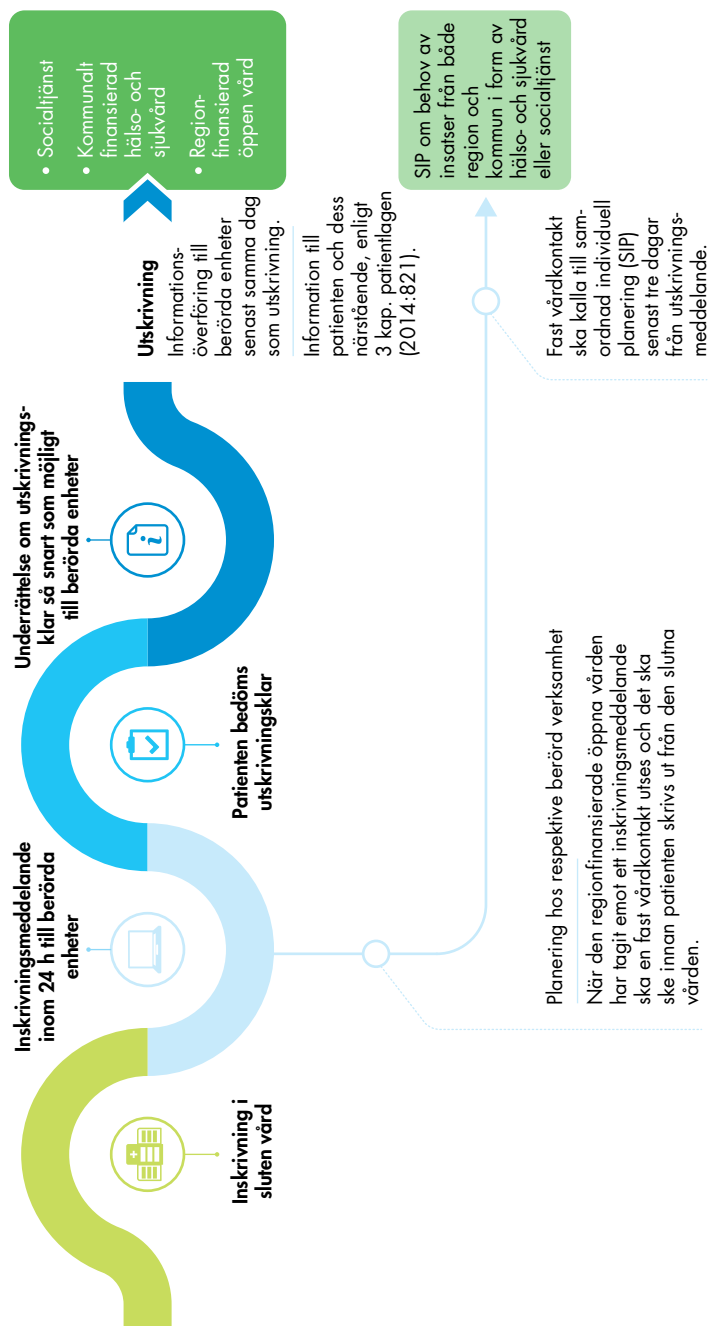
Figur 2 (nästa sida) visar en översiktlig processbild som sammanfattar de olika bestämmelserna i lagen från inskrivning till utskrivning i slutenvården samt fortsatt vård och insatser inom den regionfinansierade öppna vården och den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

#### 1.4 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 regioners och kommuners utvecklingsarbete med utskrivningsprocessen samt effekter av lagstiftningen för huvudmännen och patienterna. Uppföljningen ska göras för att regeringen ska kunna följa arbetet med att genomföra lagen samt för att säkerställa att lagstiftningen får den effekt som regeringen önskar (Regeringen 2017). Uppdraget delredovisades i rapporten *På väg* (Vårdanalys 2018). Uppdraget som ska slutredovisas senast den 1 april 2020 presenteras i den här rapporten.



**Figur 2.** Översikt över de olika bestämmelserna i lagen.



## 1.5 RAPPORTENS DISPOSITION

Rapporten är omfattande och innehåller många delar. För att strukturera vår rapport och dess resultat redovisar vi våra sammanfattande slutsatser och rekommendationer i kapitel 3. Kapitel 4 till 17 har vi grupperat i temaområden som belyser effekter samt lagen och dess delar. En redovisning av utvecklingsarbetet redovisas i bilaga 1.

- Kapitel 2: Metod
- Kapitel 3: Slutsatser och rekommendationer
- Kapitel 4–5: Effekter på vårdtider och återinläggningar
- Kapitel 6: Effekter för patienter och brukare
- Kapitel 7–8: Effekter på betalningsansvar och resurser
- Kapitel 9: Effekter på samverkan
- Kapitel 10–15: Lagen och dess delar
- Kapitel 16–17: Effekter för patienter inom den allmänna psykiatriska vården och den rättspsykiatriska vården
- Bilaga 1: Utvecklingsarbete
- Bilaga 2: Vårt perspektiv på implementering och samverkan
- Bilaga 3: Enkätfrågor i Vårdanalys pilotenkät och Webbkollen
- Bilaga 4: Svarsfrekvenser i Vårdanalys pilotenkät
- Bilaga 5: Metod för enkäter till personal och chefer
- Bilaga 6: Informanter









# 2

## Metod

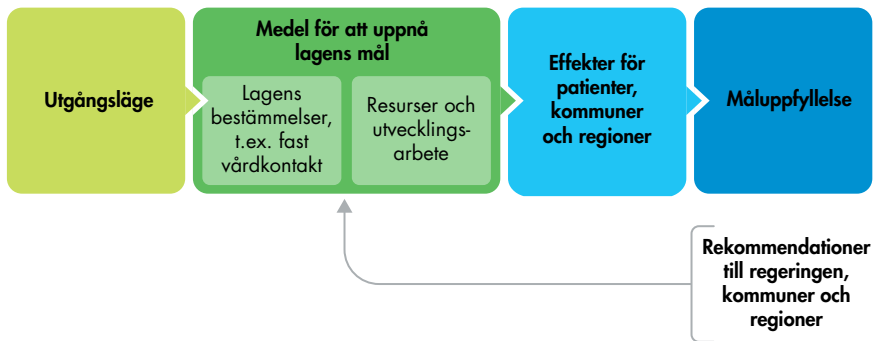
I det här kapitlet redogör vi för vårt analysramverk, för datainsamlingen och för de kvalitativa och kvantitativa metoder som vi har använt i utvärderingen av lagen. Vi redogör också för centrala begrepp i rapporten.

### 2.1 ETT PROGRAMTEORETISKT ANALYSRAMVERK ÄR GRUNDEN FÖR VÅR ANALYS

Vi har strukturerat vår analys med hjälp av ett programteoretiskt analysramverk (figur 3). Det innebär att vi schematiskt beskriver lagens olika delar, hur lagen är tänkt att fungera och vilka samband som finns mellan utgångsläge, resurser, aktiviteter, effekter och mål (Lindgren 2006, Vedung 2009, Ekonomistyrningsverket 2016).



**Figur 3.** Programteoretiskt analysramverk för utvärderingen.



- Utgångsläget är de utmaningar som låg till grund för lagen (redovisas i delrapporten).
- Medel är resurser och utvecklingsarbete för att stödja lagens införande och uppnå dess mål. Vi ser också lagens bestämmelser som medel för att uppnå lagens mål (i lagen används begreppet lagens syfte i stället för lagens mål).
- Effekter är förändringar som blir följden av insatserna som genomförts.
- Måluppfyllelse, vår bedömning utifrån det syfte som beskrivs för lagen.
- Vi lyfter även fram faktorer som främjar eller hindrar möjligheterna att genomföra lagen och uppnå målen.

## 2.2 BÅDE KVALITATIVA OCH KVANTITATIVA METODER

I arbetet med den här utvärderingen har vi både använt kvalitativa och kvantitativa metoder. Vi har genomfört intervjuer, enkätundersökningar, dataanalyser och dokumentstudier. Vårt övergripande syfte har varit att kartlägga och analysera utvecklingsarbetet och effekterna av lagen för patienter och huvudmän.

### 2.2.1 Genomfört enkäter riktade till personal

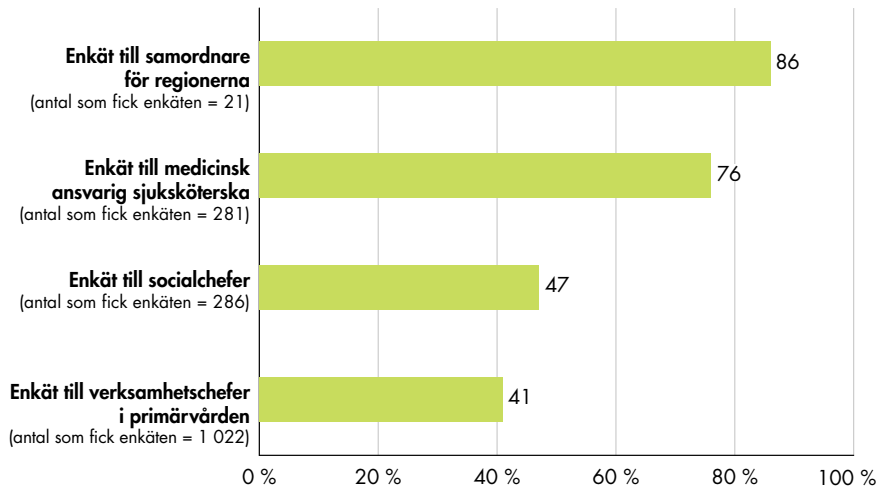
Under hösten 2019 genomförde vi enkätundersökningar riktade till personal och chefer inom regioner och kommuner. För att spegla effekterna av utskrivningen från slutenvården har vi skickat ut enkäter till medicinskt ansvarig sköterska (MAS) i landets samtliga kommuner, socialchefer i samtliga kommuner samt verksamhetschefer för samtliga vårdcentraler i landet. Eftersom urvalet riktades till samtliga vårdcentraler ingick både privata och offentliga verksamheter i undersökningen (se bilaga 5).

Samordnarna inom regionerna har svarat för slutenvårdens perspektiv i enkäten. Då samordnarna inte arbetar direkt i verksamheterna finns en risk att deras svar inte fullt ut speglar situationen i slutenvården. För att fördjupa



slutenvårdsperspektivet har vi därför intervjuat personal inom slutenvården (se bilaga 6). Vi kan konstatera att svarsfrekvensen är relativt hög, i synnerhet för de enkäter som riktades till samordnare och MAS. Svarsfrekvenserna i enkäten redovisas nedan (figur 4).

**Figur 4.** Svarsfrekvenser i våra enkäter till personal och chefer.



## 2.2.2 Intervjuat personal och chefer i tre län

Lagen berör många olika organisationer, verksamheter och professioner som har delvis skilda uppdrag, kulturer och kompetenser. Vi utgår från att det i hög grad påverkar lagens implementering och lagens effekter. Vi har därför lagt stor vikt vid intervjuer. Genom intervjuer har vår förhoppning också varit att få en djupare förståelse för vilka faktorer som hindrar och främjar förutsättningarna för att uppnå lagens mål. Se också bilaga 2 för vårt perspektiv på implementering. (Forss 2007, Sandberg 2007, Eriksson-Zetterqvist 2009)

Under våren 2019 genomförde vi intervjuer i Sörmlands län, Västra Götalands län och Norrbottens län. Vi valde att fördjupa oss i dessa län av flera anledningar. Dels ville vi få en spridning mellan större och mindre län som speglade både storstad och glesbygd. Dels hade länen olika typer av it-system och betalningsmodeller. Dels fanns det skillnader i om de hade en överenskommelse om betalningsansvar eller inte, och vid vilken tidpunkt de hade påbörjat sitt utvecklingsarbete. Intervjustudierna speglar situationen i dessa län men de slutsatser vi har dragit från de tre länen är i hög grad samstämmiga.



Vi intervjuade sammanlagt 78 personer inom slutenvården, primärvården och kommunen. Inom slutenvården och primärvården intervjuade vi bland annat sjuksköterskor, arbetsterapeuter, läkare, verksamhetsutvecklare och chefer på olika nivåer. Inom kommunerna intervjuade vi arbetsterapeuter, biståndshandläggare, undersköterskor och annan hemtjänstpersonal, fysioterapeuter, MAR, MAS, sjuksköterskor och chefer på olika nivåer. Vi intervjuade även personer med lednings- och samordningsansvar inom regioner och kommuner. Intervjuerna genomfördes mellan februari och maj 2019.

Våra intervjuer var semistrukturerade och följde en intervjuguide med frågor som anpassades till olika yrkesgrupper, men utgick från uppdragets övergripande frågor (Kvale 2009). Vi har därefter tematiserat och analyserat intervjuerna utifrån de frågor vi ska besvara. I bilaga 6 redovisar vi en sammanställning över de intervjuade personerna.

I vår fördjupade analys inom rättspsykiatri genomförde vi intervjuer med 33 personer från landets rättspsykiatriska regionkliniker och storstads-regionernas rättspsykiatriska kliniker, representanter från psykosmottagningar inom allmänpsykiatrisk öppenvård, representanter från social- och omsorgsförvaltningar i Sveriges tio största kommuner, patient- och anhörigföreningar, en jurist på förvaltningsrätten samt en sakkunnig på Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), se bilaga 6. Intervjuerna genomfördes under december 2018 till februari 2019. Helseplan Consulting Group AB har bistått i analysen av rättspsykiatri.

### **2.2.3 Utvecklat en patientenkät**

För att fånga patienters och brukares syn på lagen och samordningen mellan vården och omsorgen har vi tillsammans med forskare vid Linköpings universitet utvecklat en enkät som speglar trygghet, delaktig, information och planering i samband med och efter utskrivningen. Enkätfrågorna har validerats genom intervjuer med patienter samt med experter i Region Kalmar län, Region Stockholm och SKR.

I samarbete med Region Kalmar län och Nationell Patientenkät skickade vi under november 2019 ut en enkät med de nya frågorna till drygt 300 patienter i Kalmar län. Syftet med enkäten var dels att bidra till metodutveckling och skapa bättre förutsättningar för en återkommande nationell mätning, dels att få fram ett resultat för patienternas upplevelser av samordning och den nya lagen. Svarsfrekvensen i undersökningen uppgick till drygt 40 procent. Vi hade även diskussion med Region Värmland, Region Västerbotten och Region

Stockholm om ett deltagande i undersökningen, men av olika anledningar kunde de inte delta (se kapitel 6).

För att bredda patient- och brukarperspektivet har vi även ställt frågor till personal om hur de uppfattar effekterna av lagen för patienter och brukare, vi har intervjuat patient- och brukarorganisationer och inkluderat frågor som rör patient- och brukarperspektivet i våra enkäter till personalen. Det finns flera utmaningar med att fånga effekterna av lagen från ett patient- och brukarperspektiv, exempelvis bristen på nationella data och svårigheterna att komma i kontakt med patienter för intervjuer. Vi diskuterar dessa utmaningar i rapporten. Vi redovisar också SKR:s resultat från mätning av patientupplevelser i uppföljningsverktyget Webbkollen.

#### **2.2.4 Analyserat vårdtider och oplanerade återinläggningar**

Våra dataanalyser har inriktats mot att analysera vårdtid för utskrivningsklara patienter samt oplanerade återinläggningar inom 30 dagar. Datamaterialet om vårdtider kommer från SKR som varje månad samlar in data från regionerna. Datamaterialet om återinläggningar har hämtats från SKR:s webbplats *Vården i siffor*. I rapporten resonerar vi även om kvaliteten på de data som vi har analyserat.

#### **2.2.5 Studerat överenskommelser och uppföljning av stimulansmedel**

Fokus för våra dokumentstudier har varit länsövergripande överenskommelser och riktlinjer samt en uppföljning av stimulansmedel från regeringen.

#### **2.2.6 Deltagit i workshoppar och genomfört intervjuer med patientorganisationer**

I arbetet med den här rapporten har deltagit i workshoppar med Region Skåne (med Region Skånes Kunskapscenter för Demenssjukdomar, Malmö samt en kunskapsdag om Nära vård, Lund), med kommunerna i Norrbottens län (Aktuell socialpolitik i Luleå), med Västra Götalandsregionen (Vårdsamverkan Fyrbodalen) samt en nätverksdag om rättspsykiatri som SKR anordnade.

Vi har också genomfört explorativa intervjuer inför och under utvärderingen med bland annat NSPH, FUB (en intresseorganisation som arbetar för att barn, ungdomar och vuxna med utvecklingsstörning) samt Demensförbundet Stockholm.



## 2.3 VÅRT HUVUDFOKUS ÄR DEN SOMATISKA VÅRDEN

Lagen omfattar alla patienter som skrivs ut från slutenvården. Givet utvärderingens omfattning är vårt huvudfokus den somatiska vården. Det finns flera andra grupper med särskilda behov av samverkan. I den rapporten har vi gjort en fördjupning när det gäller patienter som skrivs ut från den här rättspsykiatriska vården. Utredningen *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård* (SOU 2015:20), som låg till grund för LoSUS, föreslog att rättspsykiatrin skulle undantas från lagens tillämpningsområde, men lagstiftaren ansåg att LoSUS ska omfatta rättspsykiatrin. Det är ett av motiven till att vi har fördjupat oss i rättspsykiatrin. Ett annat är att personal inom psykiatrin har lyft fram rättspsykiatrin som ett angeläget område för en fördjupad analys. Vi belyser också översiktligt de särskilda utmaningar som finns för patienter som skrivs ut från den slutna psykiatriska vården. Vi ser ett behov av ytterligare fördjupningar inom psykiatrin, men även för barn och unga och personer med missbruk och beroende. Det har inte rymts inom den här utvärderingen.

## 2.4 EN REFERENSGRUPP HAR LÄMNAT SYNPUNKTER PÅ SLUTSATSER

En referensgrupp har lämnat synpunkter på rapportens slutsatser. Referensgruppen bestod av Jonas Holm (Sjukhusläkarna), Mari Huupponen (Kommunal), Niklas Föghner (Sveriges primärvårdsförening) och Sara Svensson (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH).

## 2.5 DEFINITIONER OCH BEGREPP

I rapporten används några centrala definitioner och återkommande begrepp. Här beskriver vi kort innebörden i dem.

- **Samverkan** har flera olika definitioner. Vi använder Socialstyrelsens definition: ”övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte” (Socialstyrelsen 2011). Det innebär att samverkan utgår från ett organisations- och verksamhetsperspektiv, till skillnad från *samordnad vård och omsorg* som utgår från ett patient- och brukarperspektiv (Vårdanalys 2016b). Vår utgångspunkt är att samverkan kan vara ett medel för att uppnå målet om en samordnad vård och omsorg för patienten.

- **Samordnad vård och omsorg** är när alla aktiviteter ingår i en väl fungerande helhet kring individen samtidigt som individen får möjlighet att vara medskapande i aktiviteterna efter förmåga och preferenser. Det kan till exempel handla om att patienter och brukare inte behöver upprepa information i onödan, och att de känner sig trygga och upplever att vården och omsorgen ser till hela deras behov. Definitionen har tagits fram med stöd av Vårdanalys patient- och brukarråd (Vårdanalys 2017).
- **Samordnare för regionerna** är de personer som har en koordinerande och projektledande roll inom regionerna. De är i regel anställda av regionen. I våra enkäter har de svarat för slutenvårdens perspektiv.
- **Län** och **länsnivå** är både det geografiska området och den regionala nivå där kommuner och regioner samverkar.
- **Region** är regionen som organisation och huvudman för hälso- och sjukvården.
- **Kommun** är kommunen som organisation och huvudman för socialtjänsten.
- **Utskrivningsprocessen** är processens alla delar, det vill säga från det att patienten skrivs in i slutenvården till att patienten skrivs ut och får insatser av socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården.
- **Den regionfinansierade öppna vården** används i lagen. Regionernas primärvård är en del av den öppna vården och den del som i praktiken oftast involveras vid tillämpningen av LoSUS, visar vår utvärdering. Vi har därför avgränsat vår enkätstudie om den regionfinansierade öppna vården till att omfatta primärvården och mer specifikt regionernas vård- och hälsocentraler.
- **Primärvård** avser här regionernas primärvård, även om primärvård utförs också av kommunerna.
- **Kommunal hälso- och sjukvård** är den hälso- och sjukvård som kommunerna finansierar och ansvarar för. Kommunerna har ett ansvar för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer, dagverksamhet och hemsjukvård i ordinärt boende. Ansvaret för hemsjukvård förutsätter att kommunen har kommit överens med regionen om att ta över sådant ansvar (12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)). Primärvård utförs också av kommunerna.
- **Verksamhetschefer i primärvården** är verksamhetschefer för vård- och hälsocentraler.



- **Samordnad individuell planering (SIP)** ska enligt lagen genomföras om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Den samordnade individuella planeringen (SIP) genomförs av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna (4 kap. 1§ LoSUS). Planeringen kan resultera i en plan, men vi syftar på hela planeringsprocessen och inte bara planen.



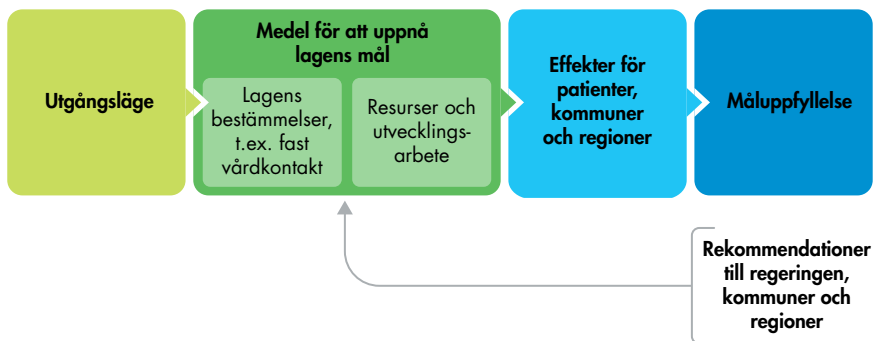




## Slutsatser och rekommendationer

I det här kapitlet sammanfattar vi våra övergripande slutsatser om utformningen av lagen, dess effekter och måluppfyllelsen. Lagens olika bestämmelser, exempelvis samordnad individuell planering (SIP) och fast vårdkontakt samt resurser och utvecklingsarbete ser vi som medel för att nå lagens mål om snabbare utskrivning och en god vård och en omsorg av god kvalitet. I kapitlet knyter vi an till det programteoretiska analysramverket men i texten följer vi inte strikt den kronologiska ordningen i ramverket (figur 5). Avslutningsvis redovisar vi våra rekommendationer till regeringen, kommunerna och regionerna.

**Figur 5.** Programteoretiskt analysramverk för utvärderingen.



### 3.1 LAGEN HAR LETT TILL ATT VÅRDTIDEN HAR MINSKAT FÖR UTSKRIVNINGSKLARA PATIENTER INOM SOMATIKEN

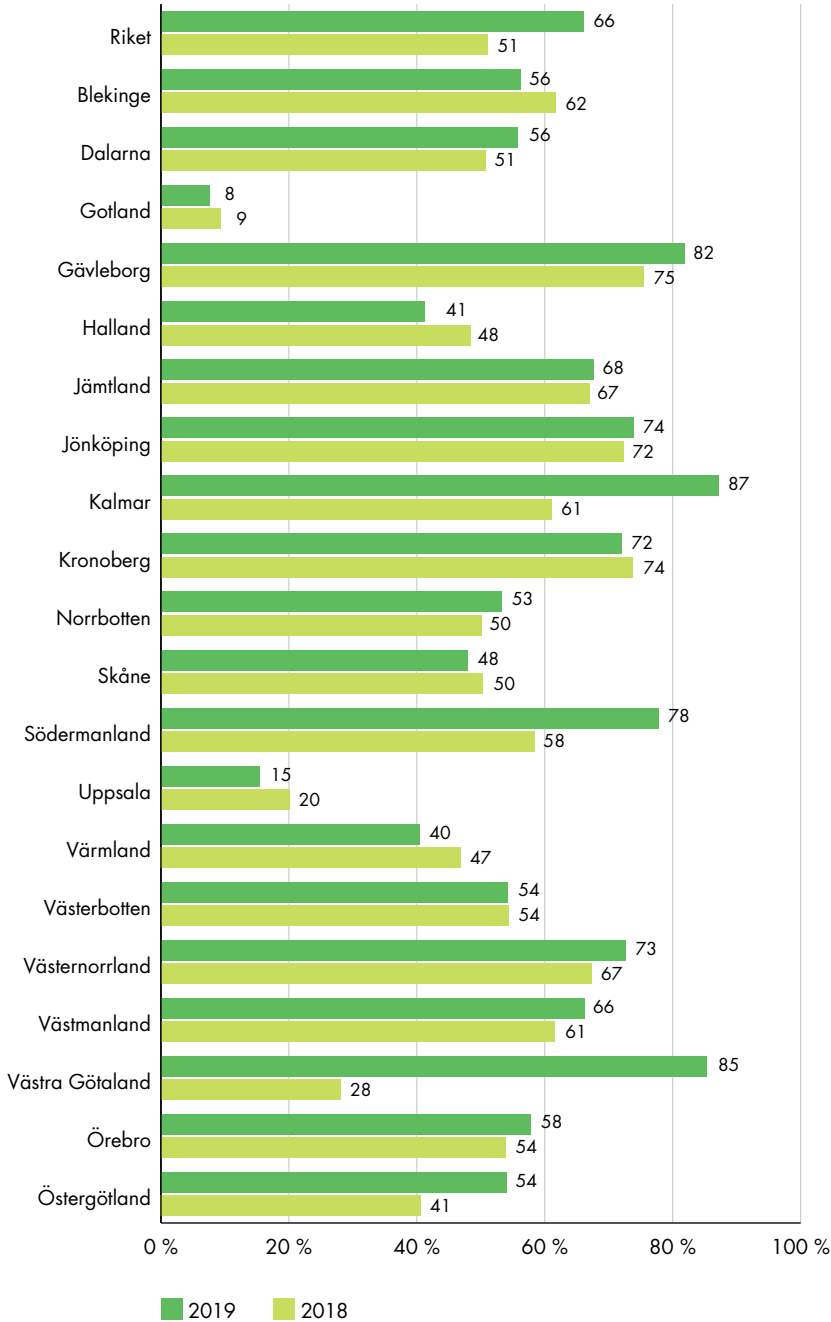
Ett av målen med lagen är att en patient ska skrivas ut så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Att utskrivningsklara patienter ligger kvar på sjukhuset innebär ett ineffektivt resursutnyttjande, en ökad infektionsrisk och en försenad rehabilitering, framhöll förarbetena till lagen (SOU 2015:20, prop. 2016/17:106).

I avsnittet nedan redovisar vi vårdtider för utskrivningsklara patienter inom den somatiska vården. För den psykiatriska vården ser vi en trend mot minskade vårdtider men osäkerheten är stor på grund av bortfall.

#### **Vårdtiderna har minskat för utskrivningsklara inom den somatiska vården**

Under perioden januari till december 2019 skrevs 66 procent av patienterna i landet ut samma dag som de var utskrivningsklara. Skillnaderna mellan regionerna är stora: det finns ett spann på mellan 8 och 87 procent i andelen som skrevs ut samma dag. Under perioden januari till december 2018 skrevs 51 procent av patienterna i landet ut samma dag (figur 6). Men på grund av bortfall är resultatet mellan åren inte fullt ut jämförbart.

**Figur 6.** Andel patienter som skrevs ut samma dag som de blev utskrivningsklara, 2018 och 2019, i riket och regionerna.



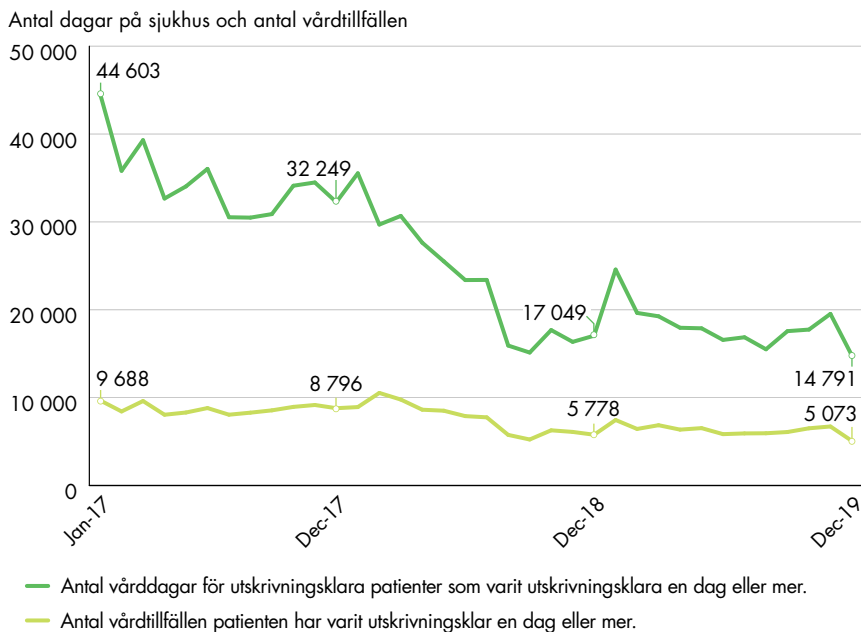
Not: I kapitel 5 redovisar vi bortfallet i inrapporteringen av data till SKR: Exempelvis saknas data för Stockholm för hela 2018 och 2019.

Källa: SKR 2020, Vårdanalys bearbetning.



För patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer har vårdtiden minskat i landet sedan 2017. Den mörkgröna linjen i figur 7 visar på en minskning i landet av det totala antal dagar som patienter varit utskrivningsklara en dag eller mer. Den ljusgröna linjen visar att antalet vårdtillfällen för den gruppen har minskat under samma period, men i betydligt mindre omfattning än vård dagarna. Sammantaget drar vi slutsatsen att patienter som varit utskrivningsklara en dag eller mer skrivs ut snabbare.

**Figur 7.** Totalt antal vård dagar på sjukhus för patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer och totala antalet vårdtillfällen för patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer, januari 2017 till december 2019 i riket, inte justerat för bortfall.

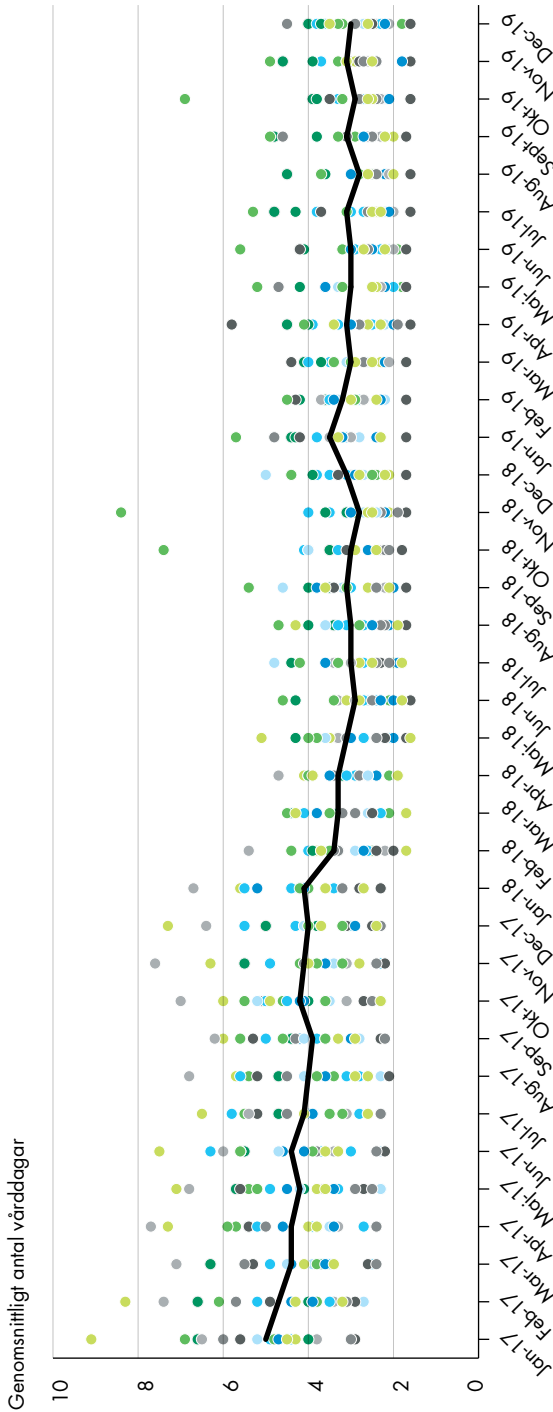


Not: För några regioner saknas data under vissa månader: Gotland, Jämtland/Härjedalen, Skåne, Östergötland och Västra Götaland. I kapitel 5 redogör vi för hur det påverkar resultatet.

Källa: SKR 2020, Vårdanalys bearbetning.

Figur 8 visar att det finns skillnader i landet i genomsnittliga vårdtider för utskrivningsklara patienter. Genomsnittliga vårdtider beräknas som kvoten av antal vård dagar och antal vårdtillfällen. Den svarta linjen i figuren avser genomsnittliga vårdtider för riket för patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer. Punkterna illustrerar genomsnittliga vårdtider för respektive region.

**Figur 8.** Genomsnittlig vårdtid för utskrivningsklara patienter som varit utskrivningsklara en dag eller mer mellan januari 2017 till december 2019, i riket och regionerna.



Not: För några regioner saknas data under vissa månader: Götaland, Jämtland/Härjedalen, Skåne, Östergötland och Västra Götaland. I kapitel 5 redogör vi för hur det påverkar resultatet.

Källa: SKI 2020, Vårdanalys bearbetning.



## **Flera problem med data om vårdtider för utskrivningsklara**

Vi har identifierat flera problem med de data som regionerna rapporterar in till SKR och som sammanställs om vårdtider för utskrivningsklara. Dels finns ett bortfall i inrapporteringen till SKR från flera regioner, dels inkluderas inte patienter som skrivs ut samma dag som de är utskrivningsklara i beräkningarna av genomsnittliga vårdtider. När patienter som skrivs ut samma dag tas med i beräkningen blir de genomsnittliga vårdtiderna för utskrivningsklara kortare. En orsak till att de som skrivs ut samma dag inte inkluderas i beräkningen är att kriterierna för registreringen av dessa patienter i regionernas it-system skiljer sig åt. Om ”nolldagarna” hade tagits med hade de nationella jämförelserna inte blivit rättvisande. De olika länen gör samtidigt egna uppföljningar av vårdtider som inkluderar patienter som skrivs ut samma dag. Vi anser att det är problematiskt att den uppföljning som görs på nationell nivå inte ger samma bild som den uppföljning som görs i länen.

De brister i statistiken som vi redovisar här lyfte vi även fram i vår delrapport. SKR har tagit initiativ till att utveckla uppföljningen. Vi anser att detta arbete är viktigt och att takten i utvecklingsarbetet behöver öka. Det innebär att indikatorerna för vårdtid behöver utvecklas och inrapporteringen av data behöver ses över.

Vårdtiden som utskrivningsklar är samtidigt bara en begränsad del av den tid som patienten vårdas inom slutenvården. En snabb utskrivning kan ha föregåtts av en längre sjukhusvistelse, eller tvärtom. Vi ser därför behov av en fördjupad uppföljning av hur de totala vårdtiderna utvecklas.

## **Lagen och behovet av att frigöra vårdplatser har snabbat på utskrivning**

Syftet med lagen var att korta vårdtiden som utskrivningsklar, och genom lagen har tidsfristen för betalningsansvaret ändrats från fem till tre dagar, om kommunerna och regionerna inte har kommit överens om annat. Regioner och kommuner har också kommit överens om än kortare tidsfrister, och i vissa län är ambitionen i praktiken att patienterna ska skrivas ut samma dag. Vi kan konstatera att lagen har bidragit till en snabbare utskrivning. Behovet av att frigöra vårdplatser inom slutenvården uppfattas också av personalen som vi har intervjuat som en stark drivkraft till att utskrivningen sker snabbare.

## **Risker med alltför ensidig styrning mot snabbare utskrivning**

Det finns en samsyn hos personal och chefer i regioner och kommuner om att det i grunden är positivt att utskrivningsklara patienter skrivs ut när de

är utskrivningsklara, och inte ligger kvar i onödan på sjukhus. Men det finns farhågor om att alltför ensidig styrning mot snabbare utskrivning påverkar kvaliteten i vården och omsorgen negativt.

Personal inom primärvården och kommunerna upplever att en snabbare utskrivning har bidragit till att patienter som skrivs ut har ett större vård- och omsorgsbehov när de kommer hem eller till ett boende jämfört med innan lagen infördes. Det innebär att de behöver mer omfattande vård- och omsorgsinsatser när de tas emot i de verksamheterna. Samtidigt finns inte alltid förutsättningar för att ta emot dessa patienter och brukare på ett tryggt och säkert sätt, menar i synnerhet personal i kommunerna. Det handlar dels om förutsättningar som resurser och personal med rätt kompetens, dels om att patienter skrivs ut innan nödvändig information eller insatser finns på plats när patienten kommer hem. Det kan sammantaget äventyra tryggheten och säkerheten för patienter och brukare anser de. Personalen menar att utvecklingen mot en snabbare utskrivning påbörjades redan innan lagen infördes.

## Behov av fördjupade analyser av återinläggningar

Utifrån de nationella data som finns tillgängliga från SKR ser vi en marginell ökning av oplanerade återinläggningar i riket nivå för helåret 2019 jämfört med helåret 2017. Statistiken avser gruppen 65 år eller äldre. Samtidigt ser vi på månadsbasis variationer upp och ned i andelen återinläggningar. Vår slutsats är att förändringen är för liten för att vi ska kunna prata om ett trendbrott när det gäller återinläggningar. Vi ser också variationer i andelen återinläggningar mellan regionerna.

För att kunna dra mer detaljerade slutsatser av återinläggningar krävs fördjupande analyser, exempelvis baserat på olika diagnos- och åldersgrupper. I september 2020 redovisar Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag om återinläggningar. Fokus för uppdraget är bland annat att undersöka omfattningen av återinläggningar av multisjuka och sköra äldre och hur de hanteras i olika regioner. Vi välkomnar även analyser på kommunal och regional nivå för att fastställa orsaker och omfattning av återinläggningar.

### 3.2 OKLART VILKA EFFEKTER LAGEN HAR FÖR PATIENTER OCH BRUKARE

En central del av vår utvärdering handlar om att bedöma effekterna av lagen för patienterna. Lagen syftar till en god vård och en socialtjänst av god kvalitet, och i det syftet 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 (1 kap. 2 § LoSUS).

En slutsats som vi drog redan i vår delrapport var att det saknades nationell statistik som speglar samordningen mellan vården och omsorgen samt effekter av lagen från ett patient-, brukar-, och närståendeperspektiv. I några av de befintliga undersökningarna, exempelvis Webbkollen var frågorna relevanta men täckningsgraden var låg. För andra undersökningar, exempelvis Nationell Patientenkät gällde det motsatta – täckningsgraden var hög men frågorna speglade inte samordningen mellan vården och omsorgen tillräckligt. Det har inneburit att det inte har funnits uppgifter för att beskriva utgångsläget när lagen infördes från ett patient- och brukarperspektiv.

### **Vi har genomfört en pilotundersökning med patienter i Kalmar län**

För att bidra till ökad kunskap och metodutveckling kring utvärderingen av lagen och samordningen har vi i samarbete med forskare från Linköpings universitet tagit fram enkätfrågor som speglar samordning och lagen. Frågorna har testats genom en pilotenkät i Kalmar län inom ramen för Nationell Patientenkät. Enkäten riktade sig till patienter som hade behov av insatser från både regionen och kommunen. En majoritet av de som svarande på vår enkät upplever att samordningen fungerar bra, att de är trygga och att de är involverade i planeringen. Motsvarande bild framkommer i SKR:s punktmätning i den så kallade Webbkollen som genomfördes under hösten 2019 i 12 regioner. Antal svar i båda undersökningarna är för få för att det ska vara möjligt dra några långtgående slutsatser. Men vi ser ett värde av att redovisa resultatet och resonera om det i rapporten.

### **Pilotundersökningen visar på flera utmaningar med samordning**

Vi kan konstatera att det av flera skäl är utmanande att fånga patienternas upplevelser av utskrivningsprocessen och samordningen mellan vården och omsorgen. För det första är många patienter som skrivs ut från slutenvården svårt sjuka, vilket kan påverka deras möjligheter att delta i en undersökning. För det andra uppfattar patienterna att det är svårt att besvara frågor som rör samordning, eftersom det inte alltid är tydligt vilka aktörer som ansvarar för vad.



## **Behövs en återkommande nationell uppföljning ur patient-, brukar- och närståendeperspektiv**

Vår enkät till samordnare för regionerna visar att hälften av regionerna (9 av 18) följer upp lagen ur ett patient-, brukar- och närståendeperspektiv. Vi ser behov av en fortsatt metodutveckling och återkommande mätningar av effekterna av lagen och samordningen mellan vården och omsorgen.

### **3.3 LAGEN HAR SKAPAT ETT FÖRÄNDRINGSTRYCK I KOMMUNER OCH REGIONER**

SKR, kommuner och regioner har genomfört ett omfattande och brett utvecklingsarbete mellan 2017 och 2019, och utvecklingsinsatser pågår och planeras också för 2020. Vår bedömning är att utvecklingsarbetet har varit viktigt, och att det har underlättat införandet av lagen. De insatser som har genomförts, exempelvis information och utbildning av personal, utveckling av it-system samt förändring av arbetssätt och rutiner har varit en förutsättning för att lagen ska kunna införas och tillämpas. Många insatser har genomförts i samverkan mellan regioner och kommuner, vilket i sig bidragit till förbättrad samverkan. Utvecklingsarbetet har både riktats mot utmaningar som funnits innan lagen infördes, men också hanterat en del av de utmaningar som uppstått under införandet av lagen. Vi ser flera fördelar med det nationella utvecklingsarbetet. Dels kan dubbelarbete undvikas, dels bidrar det till att kunskap kan spridas i landet. Vår bild är att gemensamma möten på nationell, regional och lokal nivå har bidragit till att öka förståelsen för andra aktörers verksamheter, uppdrag och förutsättningar. Det har på så sätt bidragit till att förbättra förutsättningarna för samverkan.

#### **Vi ser behov av fortsatt utvecklingsarbete**

Vi kan konstatera att lagen har satt stort tryck på förändringar och bidragit till steg i rätt riktning, som innebär att utveckling har påbörjats inom flera områden. Regioner och kommuner har, som en följd av lagen, diskuterat och förtydligat hur ansvaret ska fördelas mellan huvudmännen, till exempel om vilket typ av vård och omsorg som respektive part ansvarar för och vilka former för samverkan mellan verksamheterna som ska finnas. Vår uppfattning är att det har bidragit till att samverkan mellan och inom huvudmännen har förbättrats.



Vi kan också konstatera att flera av de utmaningar som vi lyfter fram har adresserats i det nationella, regionala och lokala utvecklingsarbetet, till exempel genom diskussioner i nationella och regionala nätverk och genom att riktlinjer och överenskommelser har justerats efterhand. Samtidigt kvarstår utmaningar. Det gäller exempelvis svårigheter som rör planeringsprocessen, samordnad individuell planering, fast vårdkontakt och beräknad tidpunkt för utskrivning. Vi ser därför behov av ett fortsatt utvecklingsarbete, från både nationellt, regionalt och lokalt håll.

### 3.4 TILLÄMPNINGEN AV LAGEN INNEBÄR UTMANINGAR

Det finns en samsyn i kommuner och regioner om att lagens syfte överlag är bra, och att lagen som helhet är tydligt formulerad. Vi delar den uppfattningen. Om lagen tillämpas på det sätt som det är tänkt, exempelvis om patienter får en fast vårdkontakt som har en samordnande roll och om patienten får möjlighet att vara delaktig i planeringen, så kan det skapa bättre förutsättningar för en mer samordnad vård och omsorg. Men det finns ett behov av fortsatt implementering av lagen och utveckling av hela utskrivningsprocessen för att nå lagens syfte. Angelägna utvecklingsområden som vi lyfter fram ovan rör exempelvis bedömning av beräknat utskrivningsdatum, innebörden av utskrivningsklar, hur planeringen ska utformas samt den fasta vårdkontaktens roll och ansvar. Det arbetet behöver till stor del ske på lokal och regional nivå. Men det finns också behov av nationella insatser för att komma till rätta med vissa utmaningar, bland annat de som rör informationsöverföring.

### 3.5 LAGEN HAR BIDRAGIT TILL FÖRBÄTTRAD SAMVERKAN

En viktig utgångspunkt med lagen var att förbättra formerna för samverkan mellan de berörda huvudmännen både på lång och kort sikt (prop. 2016/17:106). Vår rapport visar att samverkan i stort har förbättrats sedan lagen infördes, särskilt mellan primärvården och kommunerna. Samtidigt ser vi att det finns ett behov av att fortsätta utveckla samverkan mellan och inom huvudmännen, både före, under och efter utskrivningen. Det gäller i synnerhet samverkan på verksamhetsnära nivå. Samverkan med rehabiliteringsaktörer behöver särskilt utvecklas. Samverkan mellan olika professioner och verksamheter är bland annat viktigt för att bedömningen av om en patient är klar för utskrivning ska bli korrekt och komplett samt baseras på en helhetsbild av patientens behov.

Det finns flera faktorer som kan försvåra samverkan. Det handlar framförallt om att fragmentiserade vård och omsorgssystem som består av många olika utförare kan försvåra samverkan, liksom att olika organisatoriska gränssnitt upplevs som oklara. Dessa utmaningar finns oberoende av lagen och det är viktigt att ta hänsyn till dem.

En förbättrad samverkan är fokus för lagen. Samtidigt är vår uppfattning att förbättrad samverkan inte är ett mål i sig ur ett patient- och brukarperspektiv utan främst ett medel för att uppnå en samordnad vård och omsorg. Det behövs fortsatta uppföljningar för att kunna dra några slutsatser om förbättrad samverkan leder till en förbättrad samordning ur ett patient- och brukarperspektiv.

### 3.6 FÖRBÄTTRAD INFORMATIONSOVERFÖRING MEN FORTSATT UTMANINGAR FINNS

Våra intervjuer och enkäter visar att lagen har bidragit till att förbättra informationsöverföringen, särskilt mellan primärvård och kommunerna. Mer information överförs tidigare mellan flera verksamheter och den är mer strukturerad. Men bilden av lagens effekter är delad, och lagen har inte fått några större effekter på informationsöverföringen mellan slutenvården och kommunerna samt slutenvården och primärvården.

Att fler parter ska dela mer information i en process som går snabbare synliggör också befintliga hinder och innebär nya utmaningar, exempelvis om vilken information som ska delas när, hur och av vem. En central utmaning är att information om beräknat utskrivningsdatum flyttas både framåt och bakåt, ofta med kort varsel. Det försvårar planeringen och leder till en ökad osäkerhet och arbetsbelastning i synnerhet inom kommunerna. Lagen aktualiserar också tidigare kända hinder för informationsöverföring: tillämpning av lagstiftning som rör sekretess och samtycke, och it-systemens bristande synkronisering och utformning. Utmaningarna och hindren innebär att personalen lägger mycket tid på att administrera information.

### 3.7 PLANERING UTANFÖR SJUKHUSET HAR ÖKAT

Den gemensamma planeringen av patienternas vård- och omsorgsinsatser efter utskrivning berörs på flera sätt av lagen. Vår utvärdering visar att lagen har bidragit till förbättringar i planeringsprocessen, i synnerhet mellan primärvården och kommunerna. Att planeringen nu påbörjas tidigare och involverar fler parter upplevs vara en positiv effekt av lagen. En intention



enligt förarbeten till lagen var att mindre fokus skulle läggas på att upprätta en vårdplan på sjukhus, och i stället öka fokus på samordnad individuell planering för patienterna. Vår utvärdering visar att lagen har bidragit till en utveckling i linje med de intentionerna: vårdplaneringar och andra gemensamma planeringar i slutenvården har minskat, medan planeringar i allt större utsträckning sker i patientens hem eller på ett boende jämfört med innan lagen infördes. Fler patienter uppges få en SIP, men det saknas nationell statistik för att beskriva hur många. På flera håll genomförs fortfarande få SIP.

Lagen har också bidragit till en mer digitaliserad planeringsprocess. Planeringen sker också i större utsträckning digitalt med stöd av it-system och digital teknik samtidigt som fysiska möten minskat. Förändringarna har fördelar men kan också påverka kommunikationen och samverkan i verksamheterna negativt. Att planeringsprocessen har förändrats i snabb takt kan också innebära utmaningar för samordningen liksom för brukares delaktighet och trygghet. Det gäller i synnerhet om nya och fungerande arbetssätt och funktioner inte är på plats. Vår slutsats är att personcentreringen i planeringsprocessen behöver fortsätta utvecklas. Det finns också fortsatta utvecklingsbehov i planeringsprocessen. Till exempel behövs fortsatt förtydligande och diskussioner i verksamheterna om när, hur och var olika former av planering ska genomföras för olika patientgrupper. Det handlar i synnerhet om vilka patientgrupper som ska erbjudas en SIP.

### **3.8 NATIONELLA STATISTIKEN FÅNGAR INTE ÖKADE BEHOV AV KOMMUNALA INSATSER**

Det finns en samstämmig bild från kommunerna om att lagen har bidragit till att patienter och brukare har ett större vård- och omsorgsbehov när de skrivs ut. Det är delvis en följd av att patienterna skrivs ut tidigare och därför är mer sköra och medtagna när de kommer hem. Det har enligt personalen i kommunerna bidragit till att vård- och omsorgsinsatserna generellt har blivit både mer omfattande och mer avancerade. Men det är svårt att dra slutsatser om hur lagen har påverkat utvecklingen av insatser, bland annat eftersom orsakssambanden är komplexa och det saknas relevant och heltäckande statistik.

### 3.9 ÖKAD ADMINISTRATION OCH ARBETSBELASTNING I KOMMUNER OCH PRIMÄRVÅRD

Vår utvärdering visar att lagen har lett till en ökad administration inom både primärvården och kommunerna, och till viss del inom slutenvården. Det beror på att informationsöverföring och planering blivit mer omfattande och att det tar tid att bevaka, dokumentera och administrera information i it-systemen. Även andra moment av samverkan upplevs ta tid. Primärvårdens nya koordinerande roll nämns som en särskild orsak till den ökade administrationen inom primärvården. Att det administrativa arbetet har ökat i omfattning inom vården och omsorgen har även tidigare forskning och utredningar visat på. Forskning visar också att ökad omfattning av administrativt arbete ofta sker på bekostnad av tiden med patienter och brukare (Forssell 2014, Ljung 2017, SOU 2016:2, SOU 2018:47).

Även arbetsbelastningen uppges ha ökat inom både primärvården och kommunerna. En orsak till det är att utskrivningsprocessen går snabbare. Det innebär kortare tid för förberedelser, samtidigt som uppgifter som informationsöverföring och planering blivit mer omfattande och tar mer tid. För primärvården innebär uppdraget som fast vårdkontakt också att nya arbetsuppgifter tillkommit. Arbetsbelastningen i kommunen uppfattas särskilt ha ökat kring helger och helgdagar, eftersom patienter i högre utsträckning än tidigare skrivs ut då. En annan orsak till den ökade arbetsbelastningen i synnerhet inom kommunerna är att patienterna och brukarna uppfattas ha ett större vård- och omsorgsbehov när de skrivs ut jämfört med innan lagen infördes. Även om arbetsbelastningen har ökat gör personalen stora ansträngningar för att patienter och brukare inte ska påverkas av det, utan få en trygg och säker vård.

### 3.10 ÖKADE KOSTNADER I KOMMUNER OCH I PRIMÄRVÅRD MEN SVÅRT ATT DRA SLUTSATSER OM UTVECKLINGEN

Våra enkäter visar att lagen uppges ha medfört att kostnaderna för vård och omsorg har ökat i kommunerna men även till viss del i primärvården. Slutenvårdens kostnader för patienter och brukare som är utskrivningsklara uppges ha minskat sedan lagen infördes.

Det är samtidigt svårt att dra slutsatser om kostnadsutvecklingen för slutenvården, primärvården och kommunerna. Det är svårt att skilja lagens effekter från andra orsaker till en eventuell kostnadsökning. Exempelvis kan kommunernas resurstillgång och prioriteringar liksom effektiviseringar



påverka både insatser och kostnader. Det saknas också nationell statistik för att skapa en heltäckande bild av kostnader, patientens behov samt omfattning och innehållet i de insatser som görs i primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst. För den statistik som finns tillgänglig saknas ännu uppgifter för 2019 och delvis för 2018. Uppföljningssystemen är inte heller utformade för att kunna följa upp vård- och omsorgssystemet som en sammanhängande helhet.

### **3.11 SMÅ ELLER INGA EKONOMISKA TILLSKOTT TILL PRIMÄRVÅRD OCH KOMMUNER**

Kommunerna och primärvården har fått små eller inga tillskott av ekonomiska medel med anledning av lagen, visar våra enkätsvar. Det finns en samstämmig uppfattning i kommuner och regioner om att det saknas tillräckliga resurser för de ökade åtaganden som lagen innebär för kommunerna och primärvården.

Majoriteten kommuner har också oförändrade kostnader för betalningsansvar. De ekonomiska incitamenten i utformningen av betalningsansvaret uppfattar vissa kommuner har haft stor påverkan på att utskrivningen går snabbare, men i andra kommuner har betalningsansvaret haft mindre betydelse. Det beror bland annat på att patienter skrevs ut snabbt även innan lagen infördes, vilket innebär att betalningsansvaret inte fallit ut varken nu eller tidigare.

### **3.12 LAGEN ÄR EN DEL AV FÖRÄNDRINGEN MOT EN MER NÄRA VÅRD**

Lagen och dess effekter är del av en större, och sedan tidigare pågående utveckling av att alltmer vård och omsorg genomförs utanför sjukhusen och involverar den kommunala hälso- och sjukvården och primärvården allt mer. Avancerad och specialiserad vård som tidigare bara kunde genomföras på sjukhus genomförs till exempel i dag i hemmet. Dessa omställningar har pågått en tid men har påskyndats i och med införandet av lagen.

Lagen tar samtidigt sikte på en relativt avgränsad del av hela vård- och omsorgssystemet. Vi menar att lagen behöver ses i ett bredare perspektiv. Lagens syfte och de omställningar som görs till följd av lagen behöver också vävas samman med andra förändringar av organisering av vården och omsorgen, i synnerhet med arbetet mot en god och nära vård. Mycket arbete kvarstår innan regionernas primärvård är den aktiva part som lagen avser, visar vår utvärdering. Patienters och brukares individuella

behov, förutsättningar och preferenser behöver också ligga till grund för de omställningar som sker.

### **3.13 RESURSERNA INOM KOMMUNER OCH PRIMÄRVÅRD UPPLEVS OTILLRÄCKLIGA**

Det finns en samsyn i våra intervjuer med kommuner, slutenvård och primärvård om att varken primärvården eller kommunerna i dag till fullo är rustade för att axla det utökade ansvar som lagen innebär för dem. Samtidigt visar vår utvärdering på att det finns begränsade möjligheter att följa upp kostnadsutvecklingen och resursbehoven av den omställning som görs. För att kunna dra slutsatser om lagens effekter på resursbehoven behöver därför uppföljningen inom området utvecklas.

En sådan uppföljning är också nödvändig för att säkerställa att ett ökat ansvar matchas med rimliga förutsättningar: resurser, kompetens och bemanning inom kommuner, slutenvård och primärvård.

### **3.14 LAGEN SYNLIGGÖR BEHOVEN AV ATT STYRNING SÅ ATT SAMORDNING UNDERLÄTTAS**

Styrningen, organiseringen och ledningen både nationellt, lokalt och regionalt behöver också fortsätta utvecklas för att stödja lagens ambitioner. Det handlar om att vården och omsorgen både lokalt, regionalt och nationellt behöver organiseras och styras så att samverkan och samordning underlättas. En utgångspunkt behöver vara att vård- och omsorgssystemet ses som en sammanhängande helhet. Det innebär till exempel att det förebyggande och rehabiliterande arbetet inom både kommuner och regioner måste få en viktig roll. Det är viktigt inte minst för att undvika inläggningar i slutenvården.

För att kunna organisera vården och omsorgen så att samordning underlättas tror vi också att det är viktigt med gemensamma mötesforum, nätverk och tvärprofessionella samarbeten över huvudmannagränser. Det är viktigt för att öka förståelsen för och utbytet mellan olika yrkens och verksamheters skilda uppdrag, kunskaper och kulturer. Det kan i sig bidra till att utveckla samverkan och bidra till att samordningen av insatserna underlättas.

### **3.15 DET BEHÖVS BALANS MELLAN PRIORITERINGAR OCH MÅL**

I tillämpningen av lagen ställs verksamheterna inför prioriteringar mellan olika mål. Vår uppfattning är att det behöver finnas en balans mellan olika



vården i den nationella, regionala och lokala styrningen. Det är därför viktigt att i den fortsatta tillämpningen och utvecklingsarbetet fortsätta diskutera om avvägningarna leder rätt. Vi anser också att patientens och brukarens behov och förutsättningar tydligare än i dag behöver ligga till grund för avvägningarna. Här sammanfattar vi några av de avvägningar som vi har identifierat i vår utvärdering.

### **3.15.1 Snabbare utskrivning behöver kombineras med trygghet och säkerhet**

En snabbare utskrivning är ett tydligt mål både i lagen, i överenskommelserna och i den lokala styrningen. Vi delar bilden av att det i grunden är positivt att patienter skrivs ut från slutenvården så snart de är utskrivningsklara. Samtidigt kan ett alltför stort fokus på snabbhet innebära risker, i synnerhet om kommunen och primärvården inte har fått tillräckliga förutsättningar att ta emot patienter och brukare på ett tryggt och säkert sätt. Det handlar dels om förutsättningar som resurser och personal med rätt kompetens, dels om att patienter skrivs ut innan slutenvården har uppfyllt sina åtaganden och dels om att alla parter behöver ha uppfyllt sina åtaganden.

Därför måste fokus på snabbhet också kombineras med fokus på samordningen, involveringen, tryggheten och säkerheten för patienterna i den fortsatta vården och omsorgen. Det vill säga, helheten behöver fungera för att patienten ska få en god vård och en omsorg med god kvalitet.

För att lämpliga och rimliga avvägningar ska göras, behövs både förtydliganden och utvecklad samverkan på flera områden. Exempelvis behöver man diskutera och förtydliga innebörden av ”utskrivningsklar” samt regionernas och kommunernas åtaganden och skyldigheter. Det är också viktigt att betalningsansvaret utformas på ett sådant sätt att det främjar ett gemensamt ansvar för patienten och brukaren.

### **3.15.2 Avvägd styrning med utrymme för anpassning efter professionella bedömningar och patienters behov**

För att lagen ska kunna tillämpas krävs olika mått av tolkning och anpassning efter lokala och regionala förutsättningar. Det var lagstiftarens avsikt med utformningen av lagen. Det gäller till exempel planeringsprocessen, SIP, fast vårdkontakt och hur begreppet ”utskrivningsklar” ska tolkas.

Det är därför viktigt med en balans i styrningen, som är väl avvägd mellan tydlighet och stöd samt flexibilitet och utrymme för anpassning.



Det behöver till exempel finnas stöd som kan vägleda verksamheterna i prioriteringar, tolkningar och bedömningar. Annars finns en risk för att oklarheter och oenigheter förskjuts nedåt i organisationerna, där det kan leda till konflikter. Samtidigt kan alltför hög grad av detaljstyrning både försvåra lagens tillämpning och försvaga personcentreringen. Det är därför viktigt styrningen baseras på det professionella omdömet och kunskapen såväl som patienters och brukares individuella förutsättningar, preferenser och behov.

Det handlar också om en avvägning mellan att förtydliga respektive parts ansvar och att samverka om patientens samlade situation och behov. Den här balansen är viktig för att skapa goda förutsättningar för att lagen ska främja en effektiv, personcentrerad och god vård och omsorg.

### **3.15.3 Planeringen behöver anpassas efter patienternas behov**

Genom lagen har det skett en förskjutning från planering inom slutenvården till olika former av planering utanför slutenvården. Det finns flera fördelar med det visar vår rapport. Samtidigt passar inte planering utanför slutenvården alla patienter. Planeringarna behöver därför i högre grad anpassas efter patienternas varierande behov och erfarenheter.

Hela planeringsprocessen behöver också utvecklas för att i högre grad involvera patienten och brukaren, efter dennes behov och förutsättningar. Det är också viktigt att planering i än högre grad ses som en kontinuerlig process med olika insatser som behöver ske samordnat.

Samtidigt behöver det finnas en tydlighet med syftet med planeringen i de olika stegen i processen. Det behöver exempelvis vara tydligt vad som är verksamheternas planering och vad som är patientens samordnade individuella planering. Båda formerna av planering behöver göras oavsett var planeringen sker och vad den kallas. Det är också viktigt att ansvaret för de olika delarna av planeringen är tydligt, i synnerhet ansvaret för den fortsatta samordningen. Det är också viktigt att fortsätta diskutera, utveckla och förtydliga vilken typ av planering som är mest ändamålsenlig för olika patientgrupper och var den ska utföras – på sjukhuset eller i hemmet.

### **3.15.4 Digitaliseringen måste utgå från patienternas behov**

Digitalisering har varit en central del av införandet av lagen. Syftet har varit att underlätta informationsöverföring och samverkan vid utskrivning, men även att effektivisera utskrivningsprocessen och bidra till en snabbare utskrivning. Vår rapport visar på att hinder i informationsöverföringen i



stor utsträckning påverkar möjligheten till en effektiv digital planeringsprocess. It-system som inte är ändamålsenliga, tillräckligt användarvänliga och synkroniserade med varandra kan få negativa konsekvenser. Förutsättningarna för informationsöverföringen behöver därför utvecklas.

Mycket utvecklingsarbete pågår också på området, både regionalt och nationellt, exempelvis genom *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet* (dir. 2019:37). Vi menar också att Vårdanalys rekommendationer i andra rapporter är viktiga att beakta. Några exempel:

- Regeringen behöver säkerställa att en nationellt sammanhållen vårdinformationsmiljö utvecklas och förvaltas.
- Regionerna behöver samarbeta mer i utvecklingen av en nationellt sammanhållen vårdinformationsmiljö.
- Regionerna kan och behöver redan i dag ta ett mer kraftfullt tag i arbetet med digitala stöd till nytta för patienter och vårdpersonal (Vårdanalys 2019)

Digitaliseringen behöver därför i högre grad utgå från patienters, brukares och professioners behov. Det är en förutsättning för en effektivisering av vården och omsorgen, och en stärkt samverkan utifrån patienternas och brukarnas perspektiv. Att helt ersätta muntliga avstämningar och gemensamma möten (digitala eller fysiska) med it-system som inte fungerar ändamålsenligt kan till exempel försämra förutsättningarna för både samverkan och personcentrering, samt minska effektiviteten. Det kan också bidra till ökad administration och arbetsbelastning för personalen. Det har även tidigare studier visat på (Vårdanalys 2019, Ivarsson-Westberg 2017, Ljung 2017).

### 3.16 REKOMMENDATIONER

#### ► *Huvudmännen behöver säkerställa att utvecklingsarbetet fortsätter och att nätverk behålls*

Vår slutsats är att utvecklingsarbetet som har bedrivits om lagen på nationell, regional och lokal nivå har varit viktigt för att stödja införandet av lagen. För att kunna hantera de utmaningar som finns kvar och bidra till att underlätta samordning, behöver därför huvudmännen fortsätta utvecklingsarbetet samt behålla nätverk och mötesforum på olika nivåer.

▶ *Huvudmännen behöver inrikta det fortsatta utvecklingsarbetet mot patientens och brukarens erfarenheter och behov*

Utvecklingsarbetet har hittills i stor utsträckning inriktats mot verksamhetsutveckling, exempelvis genom att utveckla it-system, rutiner och processer. Vi anser att huvudmännen i större utsträckning behöver inrikta det fortsatta arbetet mot patientens och brukarens erfarenheter och behov för att säkerställa att utskrivningsprocessen är personcentrerad. Exempel på centrala aspekter för en god samordning är kontinuitet, trygghet samt att vården och omsorgen ser till individens hela behov. I det fortsatta utvecklingsarbetet är det också viktigt att vidga perspektivet till att inte bara omfatta lagen och utskrivningsprocessen, utan se vård- och omsorgssystemet som en sammanhängande helhet. Vi anser också att huvudmännen behöver fördjupa utvecklingsarbetet för flera grupper med särskilda behov av samordning, exempelvis patienter inom psykiatri, rättspsykiatri, personer med missbruk och beroende samt barn och unga.

▶ *Regeringen och huvudmännen behöver utveckla uppföljningen av effekterna av lagen för patienter och brukare*

Kunskapen om effekterna av lagen för patienter och brukare är begränsad. Vi anser att regeringen och huvudmännen behöver ta initiativ till en fortsatt metodutveckling och en återkommande nationell uppföljning inom området. Vi anser att det är angeläget att det här utvecklingsarbetet bedrivs nationellt, för att skapa en likvärdig uppföljning i landet och för att möjliggöra nationella jämförelser. Utvecklingsarbetet behöver också koordineras med andra pågående uppföljningsinitiativ inom SKR, kommuner och regioner samt inom statliga myndigheter och forskningssektorn.

▶ *Regeringen och huvudmännen behöver utveckla uppföljningen av vårdtider i hela processen*

Ett stort fokus inom SKR, kommuner och regioner har hittills legat på att följa upp och styra mot snabbheten i processen från utskrivningen från slutenvården. Det finns samtidigt brister i statistiken när det gäller den centrala indikatorn ”vårdtid som utskrivningsklar”. Huvudmännen behöver utveckla indikatorn och inrapporteringen av data till SKR behöver ses över. Vårdtiden som utskrivningsklar utgör endast en begränsad del av



en patients vårdtid på sjukhus. Det är därför också viktig med fördjupade analyser av hur den totala vårdtiden utvecklas.

► *Regeringen och huvudmännen behöver utveckla uppföljningen av vård- och omsorg i kommuner och primärvården*

Det är viktigt att utveckla uppföljningen av den vård och de insatser som ges av kommuner och regionernas öppenvård för att säkerställa en god vård och en omsorg med god kvalitet för patienter och brukare. Vår utvärdering indikerar att omfattningen av och kostnaderna för insatser i kommunerna och regionernas öppenvård har ökat som en följd av lagen. Det finns också uppfattningar om att resurserna inom både kommuner och primärvård är otillräckliga för att kunna axla den omställning som lagen kräver. Samtidigt brister möjligheterna att följa upp kostnader, insatser samt patientens behov av vård och omsorg, inte minst i den kommunala hälso- och sjukvården. Vi anser därför att det är angeläget att utveckla uppföljningen så att det går att följa den omställning av vårdens och omsorgen som sker och de effekter det får för såväl slutenvården, primärvården och kommunerna. Uppföljningen behöver fokusera på vård- och omsorgssystemet som en sammanhängande helhet och inte som separata delar. För att kunna dra mer detaljerade slutsatser kring utvecklingen är vår uppfattning att det behövs data och analyser som beskriver hela vård- och omsorgskedjan på individnivå. Det handlar exempelvis om att kunna följa hela vård- och omsorgskedjan så att ett slutenvårdsbesök går att koppla till efterföljande vård i primärvården, vård- och omsorgsinsatser inom kommunerna, och även till eventuella återinläggningar. Det är först när en sådan analys genomförs som vi fullt ut kan dra slutsatser om lagens effekter.

# Effekter på vårdtider och återinläggningar





## Vårdtid som utskrivningsklar

I det här kapitlet analyserar vi om lagen har lett till att patienter som är utskrivningsklara skrivs ut snabbare från slutenvården. Avsnittet avser utskrivning från den somatiska slutenvården. Kapitlets viktigaste resultat:

- För patienter som varit utskrivningsklara en dag eller mer har vårdtiden minskat i landet sedan 2017. Det vill säga patienter som varit utskrivningsklara en dag eller mer skrivs ut snabbare. I de flesta regioner ser vi en minskning i genomsnittliga vårdtider, men variationerna är stora mellan regionerna.
- Under 2019 skrevs 66 procent av patienterna i landet ut samma dag som de var utskrivningsklara. Skillnaderna mellan regionerna är stora: Det finns ett spann på mellan 15 och 85 procent i andelen som skrevs ut samma dag mellan regionerna.
- Under 2018 skrevs 51 procent av patienterna i landet ut samma dag. Men resultatet är inte jämförbart med 2019, eftersom det saknas data för några regioner under vissa månader.
- De patienter som skrivs ut samma dag som de är utskrivningsklara ingår inte i SKR:s beräkning av genomsnittliga vårdtider. De redovisade medelvårdtiderna hade varit ännu lägre om dessa ”nolldagar” hade ingått. Det finns flera andra brister i datamaterialet.
- Det finns en samsyn bland personal i kommuner och regioner att en snabbare utskrivning från slutenvården i grunden är positivt. Det innebär att utskrivningsklara patienter kan få komma hem snabbare samt att insatser och rehabilitering kan påbörjas i ett tidigt skede. Det frigör även vårdplatser till de som har störst behov av platserna.



- Men det finns också en uppfattning hos personalen om att för snabba utskrivningar kan påverka kvaliteten i vården och omsorgen negativt samt skapa sämre förutsättningar för planering och informationsöverföring.

Analysen baseras på data som SKR har samlat in från regionerna samt på intervjuer med personal och chefer från kommuner, slutenvård och primärvård, exempelvis biståndshandläggare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, enhetschefer och verksamhetschefer.

### **Vad säger lagen och dess förarbeten om vårdtid för utskrivningsklara patienter?**

Ett av lagens syften är att utskrivning från slutenvården ska ske så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar (1 kap. 2 § LoSUS). Förarbetena till LoSUS lyfte fram 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 en god vård. Från patientens perspektiv är slutenvården inte anpassad för att ta hand om sådana behov som kan finnas när behovet av heldygnsvård har 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. Slutenvården är också den vårdform där risken för vårdrelaterade infektioner är som störst, vilket patienter inte bör utsättas för i onödan. Tiden är en återkommande aspekt även enligt beskrivningen av god vård och god kvalitet, till exempel att patienten ska få vård och insatser inom rimlig tid (prop. 2016/17:106).

Av LoSUS framgår att om det inte finns någon överenskommelse mellan region och kommun om tidpunkten, ska kommunens betalningsansvar inträda tre dagar efter det att en underrättelse har skickats (5 kap. 2 § LoSUS). Enligt bestämmelser i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (BAL) skulle betalningsansvaret inträda fem vardagar efter det att kommunen tagit emot en kallelse till vårdplanering (11 § BAL).

## **4.1 VI HAR ANALYSERAT DATA FRÅN REGIONERNA MEN DET FINNS BRISTER I STATISTIKEN**

I det här kapitlet redovisar vi resultat för indikatorn ”vårdtid som utskrivningsklar” för den somatiska vården. En analys av vårdtider för den psykiatriska vården redovisas i kapitel 16. Sedan 2014 samlar SKR in data från regionerna om vårdtid för utskrivningsklara patienter. Statistiken publiceras varje månad på SKR:s webbplats *Väntetider i vården*.

I vår delrapport noterade vi en rad brister i datamaterialet, exempelvis att det finns ett bortfall i inrapporteringen från flera regioner och att de som



skrivs ut samma dag som de är utskrivningsklara inte ingår i beräkningen av genomsnittliga vårdtider. Det innebär att bilden av utvecklingen av genomsnittliga vårdtider på nationell nivå inte är komplett. I faktarutan nedan beskriver vi vår ansats för analysen och de brister som vi har identifierat.

**Faktaruta.** Vår ansats för att analysera vårdtid för utskrivningsklara patienter och de brister som vi har identifierat.

I vår delrapport konstaterade vi att det finns brister i datamaterialet för vårdtid som utskrivningsklar. I SKR:s beräkning av medelvårdtider för utskrivningsklara patienter ingår inte de patienter som skrivs ut samma dag som de är utskrivningsklara. Statistiken ger därmed inte en komplett bild av hur snabbt patienter skrivs ut från slutenvården. Den förklaring som vi har fått från SKR till att dessa patienter utesluts från indikatorn är att det finns olika definitioner i regionerna av vilka patienter som ingår i gruppen som skrivs ut samma dag. Om dessa patienter hade tagits med i beräkningen av medelvårdtider skulle statistiken inte bli jämförbar mellan regionerna, se även Vårdanalys 2018 och avsnitten nedan. Det finns också ett bortfall i inrapporteringen till SKR från flera regioner under vissa månader. Det minskar representativiteten i statistiken.

Eftersom det saknas andra nationella sammanställningar över vårdtid som utskrivningsklar, har vi trots bristerna valt att göra en fördjupad analys av de data som SKR sammanställer. Även om vi inte kan inkludera de patienter som skrivs ut samma dag i beräkningen av genomsnittliga vårdtider ser vi ett värde i att analysera hur antalet vård dagar har utvecklats för patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer. Antal vård dagar på sjukhuset för utskrivningsklara påverkar både patienten samt vården och omsorgen. Som komplement till beräkningarna av vårdtid har vi analyserat hur stor andel av patienterna som skrivs ut samma dag som de är utskrivningsklara.

Regionerna sammanställer även egen statistik över vårdtider och vård dagar för utskrivningsklara patienter. Inom ramen för den här utvärderingen har vi inte samlat in och sammanställt regionala data från regionerna och gjort egna jämförelser. En sådan analys hade krävt en genomgång och kvalitetssäkring av datamaterialet och hur indikatorn har definierats i respektive region. I kapitlet redovisar vi däremot några regionala exempel.

Regionerna laddar upp data i SKR:s databas varje månad och dessa data kan både avse den senaste månaden, men även revideringar eller kompletteringar av tidigare månaders data. De data som vi har analyserat i den här rapporten avser december 2019. Statistiken som redovisas på SKR:s webbplats *Väntetider i vården* kan skilja sig från de resultat som redovisas här om senare kompletteringar eller revideringar har gjorts.

#### 4.1.1 Bortfall i inrapporteringen från flera regioner

Under den period som vi har analyserat, det vill säga januari 2017 till december 2019, finns bortfall i inrapporteringen till SKR under kortare eller längre perioder från flera regioner (tabell 1). Det påverkar materialets representativitet för riket som helhet och jämförelser över tid. Det saknas



till exempel data för Jämtland/Härjedalen från juni till december 2019. För att belysa hur bortfallet påverkar våra beräkningar redovisar vi analyserna både för samtliga regioner och för endast de regioner som har redovisat fullständiga data. Bortfallet som vi redovisar i tabell 1 avser data för beräkningen av vårdtid som utskrivningsklar. Bortfallet för beräkningen av andelen som skrivs ut samma dag som de var utskrivningsklara redovisas i avsnitt 4.3.

**Tabell 1.** Bortfall i inrapporteringen till SKR, januari 2017 till december 2019.

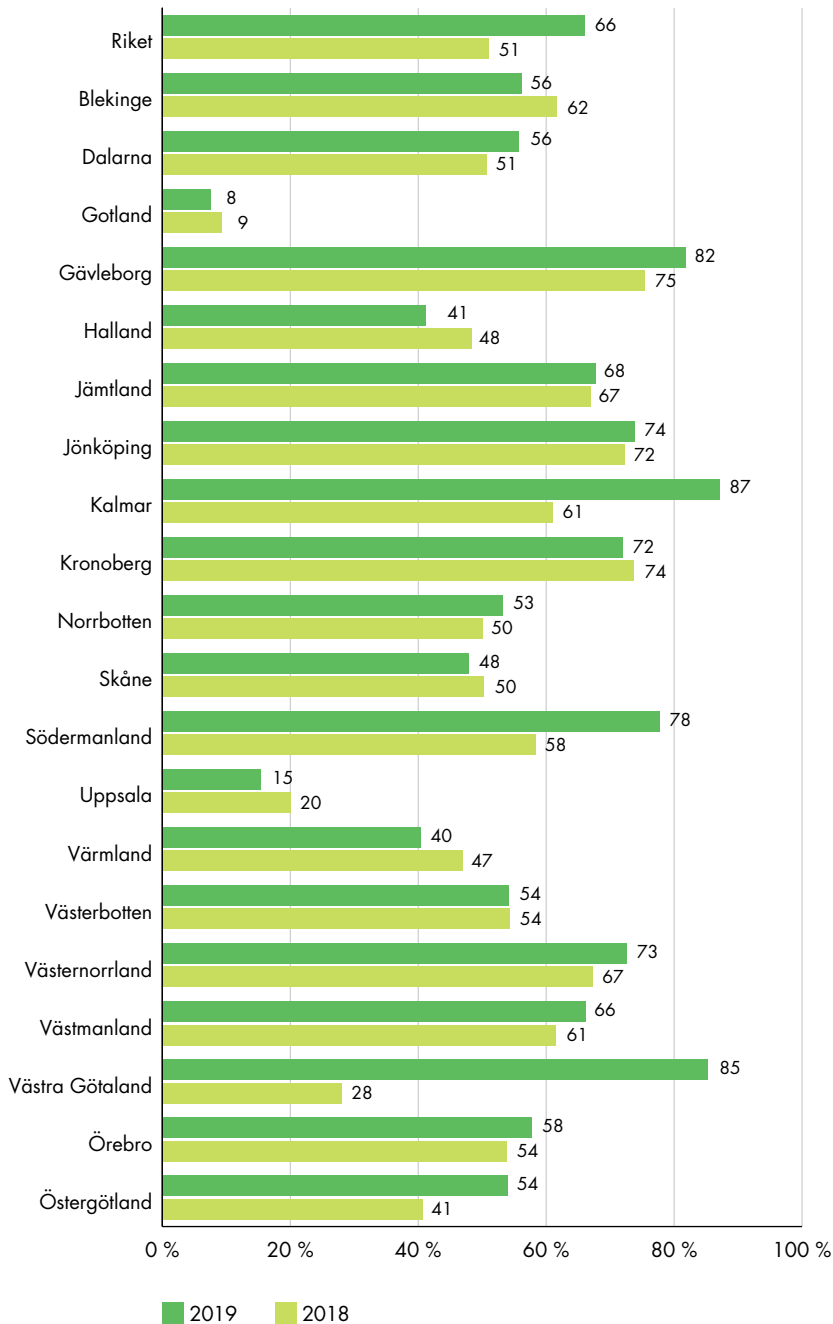
|                     | Jan. | Feb. | Mar. | Apr. | Maj. | Jun. | Jul. | Aug. | Sep. | Okt. | Nov. | Dec. |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>År 2017</b>      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Gotland             | ✘    | ✘    | ✘    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| <b>År 2018</b>      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Västra Götaland     |      |      |      |      |      |      |      | ✘    | ✘    |      |      |      |
| Jämtland/Härjedalen | ✘    | ✘    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| <b>År 2019</b>      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Jämtland/Härjedalen |      |      |      |      |      | ✘    | ✘    | ✘    | ✘    | ✘    | ✘    | ✘    |
| Skåne               |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | ✘    |
| Östergötland        |      |      |      |      | ✘    |      |      |      |      |      |      |      |

Källa: SKR 2020, Vårdanalys bearbetning.

## 4.2 EN STOR ANDEL I RIKET SKRIVS UT SAMMA DAG SOM DE VAR UTSKRIVNINGSKLARA

Enligt SKR:s data skrevs 66 procent av patienterna i landet ut samma dag som de var utskrivningsklara under 2019. Skillnaderna mellan regionerna är stora. Drygt 87 procent skrevs ut samma dag som de var utskrivningsklara i Västra Götaland och Kalmar, vilket kan jämföras med Gotland där bara 8 procent skrevs ut samma dag. Under 2018 skrevs 51 procent av patienterna ut samma dag i landet. Men resultatet för 2018 är inte jämförbart med 2019, eftersom det saknas data för några regioner under vissa månader. (figur 9)

När vi justerar för bortfallet, det vill säga endast tittar på de regioner som redovisat fullständiga data för 2018 och 2019, var andelen som skrevs ut samma dag 70 procent under 2019 och 59 procent motsvarande period 2018. För 2017 var bortfallet så stort att det inte var meningsfullt att göra jämförelser.

**Figur 9.** Andel patienter som skrivs ut samma dag som de är utskrivningsklara, 2018 och 2019.

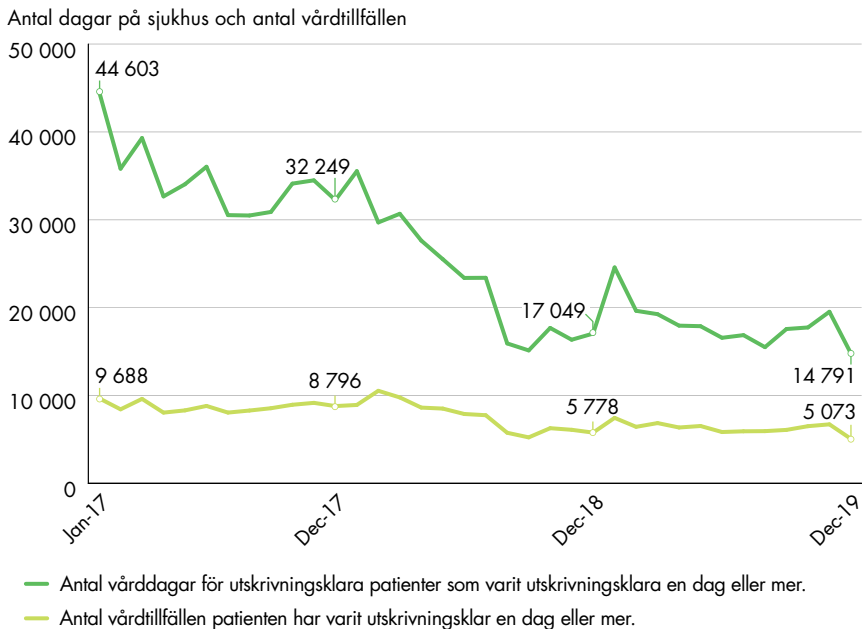
Not: Bortfall under 2019: För Stockholm saknas data för samtliga månader. För Jämtland/Härjedalen, Skåne och Östergötland saknas data några enstaka månader. Bortfall under 2018: För Stockholm saknas data för samtliga månader. För Jämtland/Härjedalen, Kalmar, Norrbotten, Skåne och Västra Götaland saknas data några månader.

Källa: SKR 2020, Vårdanalys bearbetning.

### 4.3 VÅRDTIDEN FÖR UTSKRIVNINGSKLARA PATIENTER HAR MINSKAT SEDAN 2017

För patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer har vårdtiden minskat i landet sedan 2017. I figur 10 nedan redovisar vi utvecklingen mellan januari 2017 till december 2019. Av figuren framgår att antalet vård dagar för utskrivningsklara patienter var drygt 32 000 i december 2017 och knappt 15 000 i december 2019. Som vi nämner ovan så finns ett bortfall i inrapporteringen till SKR. Det innebär att figur 10 inte ger en komplett bild över utvecklingen i landet. I figur 11 visar vi resultatet endast för de regioner som rapporterat data för samtliga månader. Jämförelsen av utvecklingen över tid blir mer rättvis då.

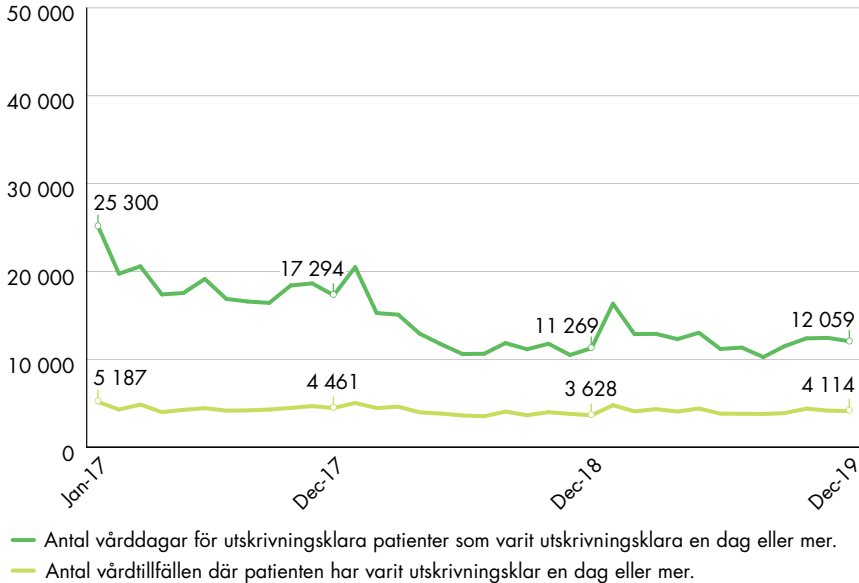
**Figur 10.** Totala antalet vård dagar per månad på sjukhus för patienter som varit utskrivningsklara samt antalet vårdtillfällen för patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer, januari 2017 till december 2019 i riket, samtliga regioner.



Källa: SKR 2020, Vårdanalys bearbetning.

**Figur 11.** Totala antalet vård dagar per månad på sjukhus för patienter som har varit utskrivningsklara samt antalet vårdtillfällen för patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer, januari 2017 till december 2019 i riket, endast de regioner som rapporterat fullständiga data.

Antal dagar på sjukhus och antal vårdtillfällen

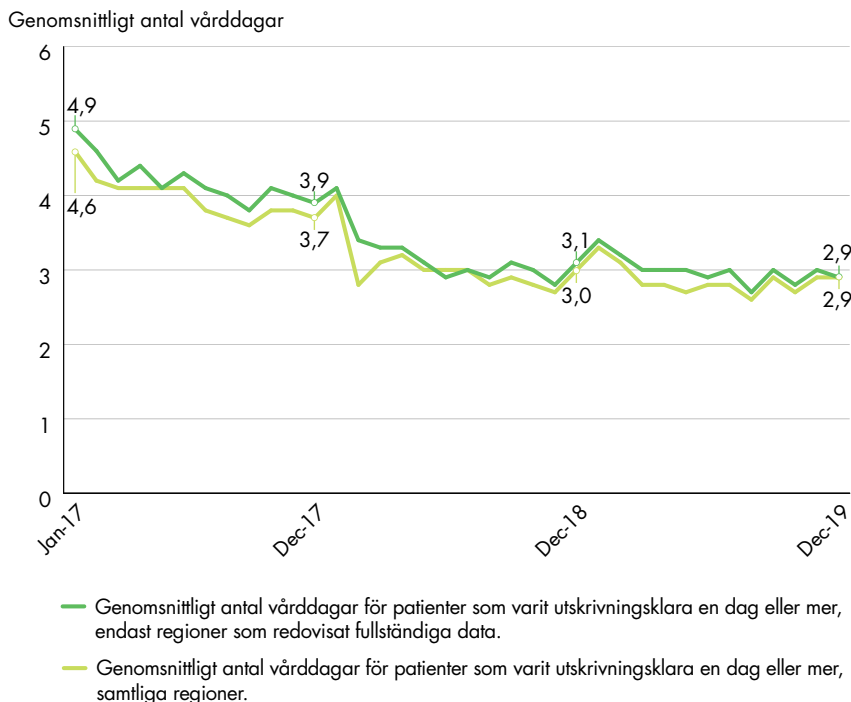


Not: Regioner som inte redovisat fullständiga data och som inte ingår här är Region Gotland, Region Jämtland/Härjedalen, Region Skåne, Region Östergötland och Västra Götalandsregionen.

Källa: SKR 2020, Vårdanalys bearbetning.

För att få en mer heltäckande bild av utvecklingen behöver vård dagarna även ställas i relation till antal vårdtillfällen, det vill säga antal patienter som har varit inskrivna i slutenvården och sedan varit utskrivningsklara en dag eller mer. Även för vårdtillfällen ser vi en minskning i riket under 2018 och 2019 jämfört med 2017, men minskningen är mindre än för vård dagarna (se den ljusgröna linjen i figur 10 och 11). Vår bedömning är att minskningen i antal vårdtillfällen för patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer är en konsekvens av att allt fler patienter skrivs ut samma dag som de är utskrivningsklara. Men det syns inte i den här statistiken. Vår sammantagna slutsats är att vård dagarna för utskrivningsklara patienter har minskat, även när de ställs i relation till antalet vårdtillfällen. Av figur 12 framgår att den genomsnittliga vårdtiden per vårdtillfälle för utskrivningsklara patienter har minskat sedan januari 2017.

**Figur 12.** Genomsnittlig vårdtid per vårdtillfälle för patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer, januari 2017 till december 2019 i riket.



Not: Dessa regioner har inte redovisat fullständiga data: Gotland, Jämtland/Härjedalen, Skåne, Östergötland och Västra Götaland.

Källa: SKR 2020, Vårdanalys bearbetning.

I december 2017 var genomsnittlig vårdtid per vårdtillfälle 3,7 dagar för patienter som hade varit utskrivningsklara en dag eller mer (den ljusgröna linjen i figur 12). I december 2019 var genomsnittet 2,9 dagar. Ökningen som skedde i december 2018 till januari 2019 kan sannolikt förklaras av ledigheter och arbetstoppar i samband med jul- och nyårshelgerna, vilket innebar längre vårdtider för utskrivningsklara. I figuren ovan redovisar vi även resultatet endast för de regioner som redovisat fullständiga data (den mörkgröna linjen). Skillnaderna mellan dessa kurvor är relativt små, vilket kan förklaras av att medelvärdena för de regioner som har tagits bort har legat relativt nära genomsnittet för riket.

Det är återigen viktigt att notera att de patienter som vi studerar här, som har varit utskrivningsklara en dag eller mer, i vissa regioner är så lite som 15 procent av patienterna. Resterande 85 procent har redan skrivits ut samma dag som de var utskrivningsklara.

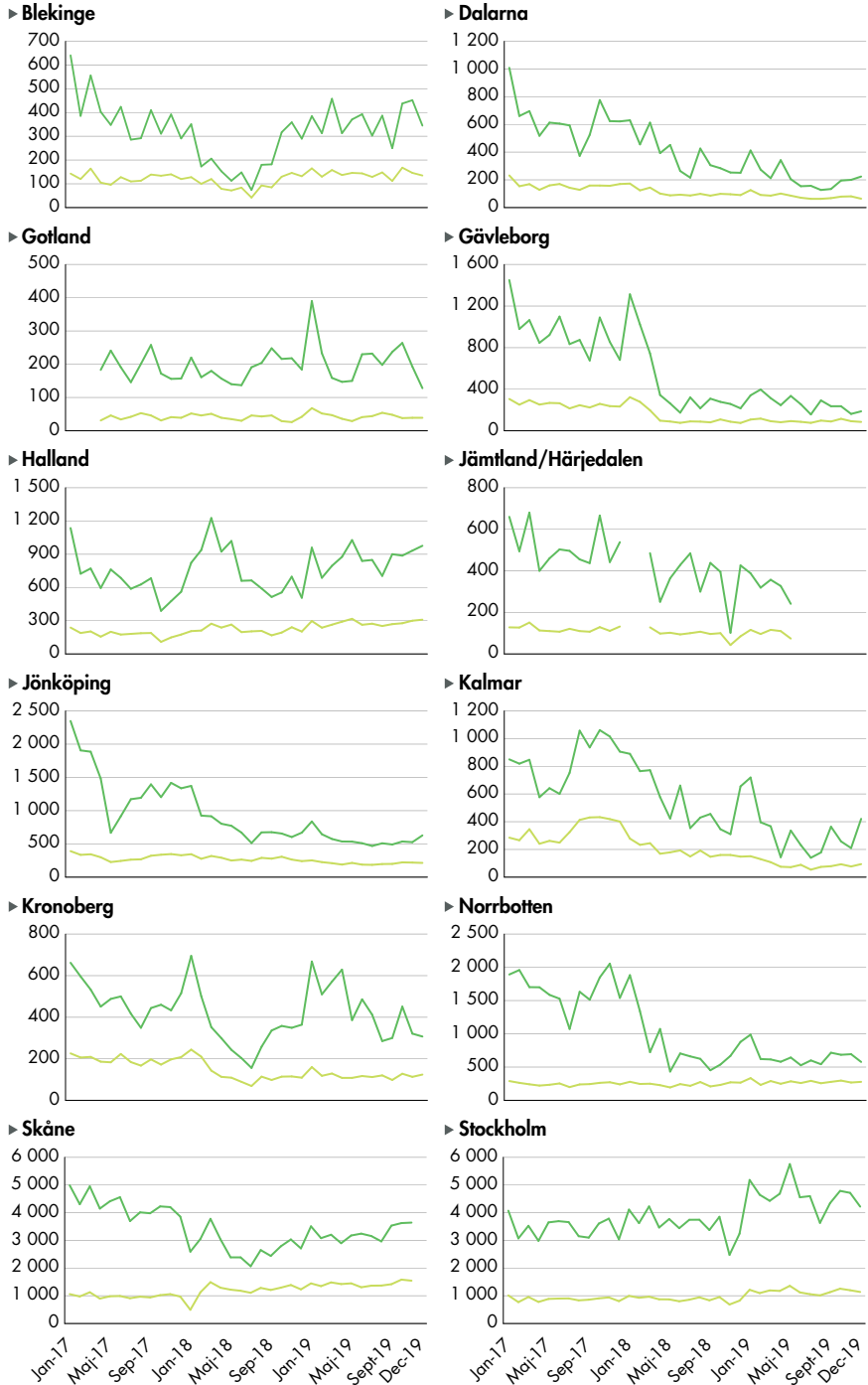
#### 4.4 STOR SPRIDNING MELLAN OCH INOM REGIONERNA

Samtidigt som vi konstaterar att trenden i landet är att vårddagarna minskar, ser vi en stor spridning mellan regionerna och över tid. Antalet vårdtillfällen varierar också, även om variationerna är mindre än för antalet vårddagar. I figur 13 visar vi antal vårddagar samt antal vårdtillfällen för patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer uppdelat per region. Notera att Västra Götalandsregionen har ändrat kriterierna för inrapportering efter juni 2018. Det innebär att färre vårdtillfällen rapporterades in till SKR efter den tidpunkten, och resultatet bakåt i tiden är därför inte jämförbart.

En spridning i vårdtillfällen och vårddagar ger även skillnader i genomsnittliga vårdtider, eftersom det måttet räknas fram som en kvot mellan de två. Figur 14 visar spridningen i genomsnittliga vårdtider i landet. Den svarta linjen avser riket och är ett genomsnitt av de regioner som redovisat fullständiga data. Punkterna avser genomsnittliga vårdtider för respektive region för patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer. Denna analys visar på vikten av lokala och regionala analyser, se även avsnitt 4.7.

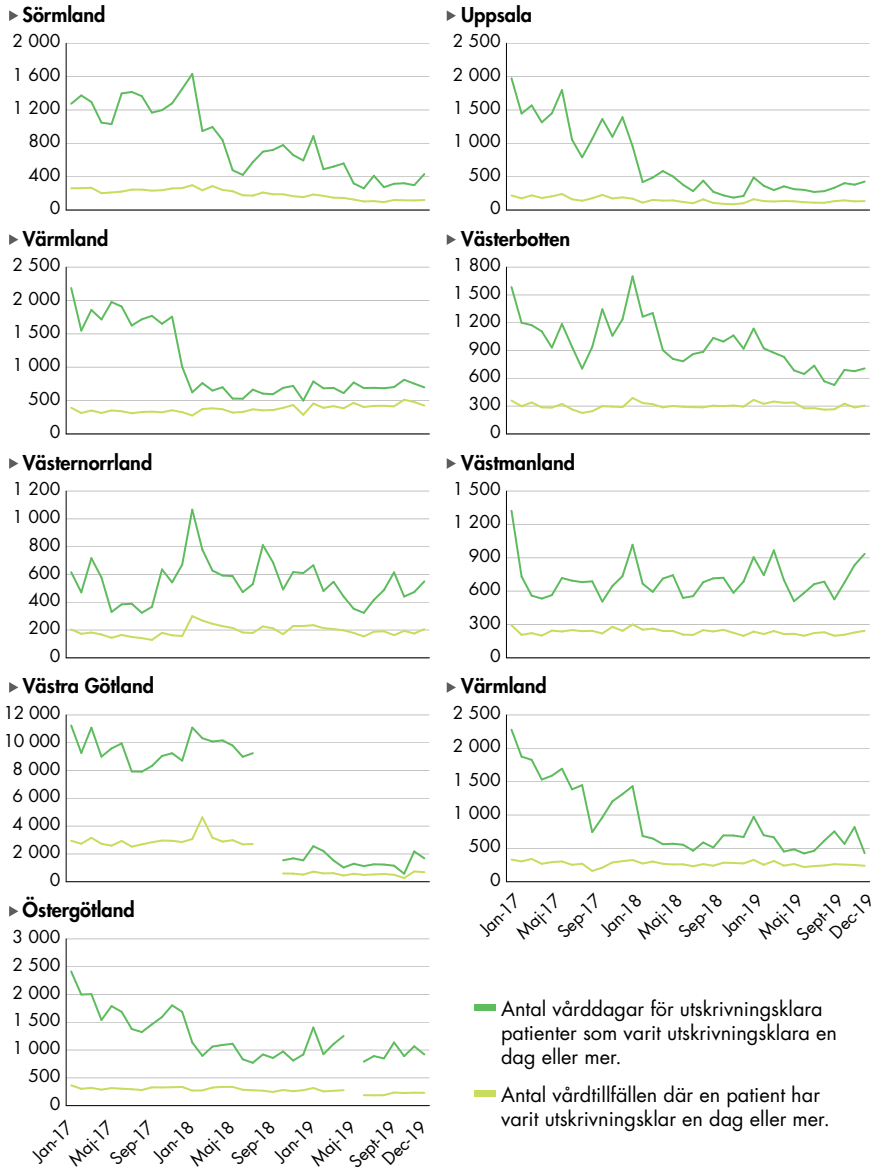


**Figur 13.** Totala antalet vård dagar på sjukhus för patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer samt antalet vårdtillfällen för patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer, januari 2017 till december 2019, per region.





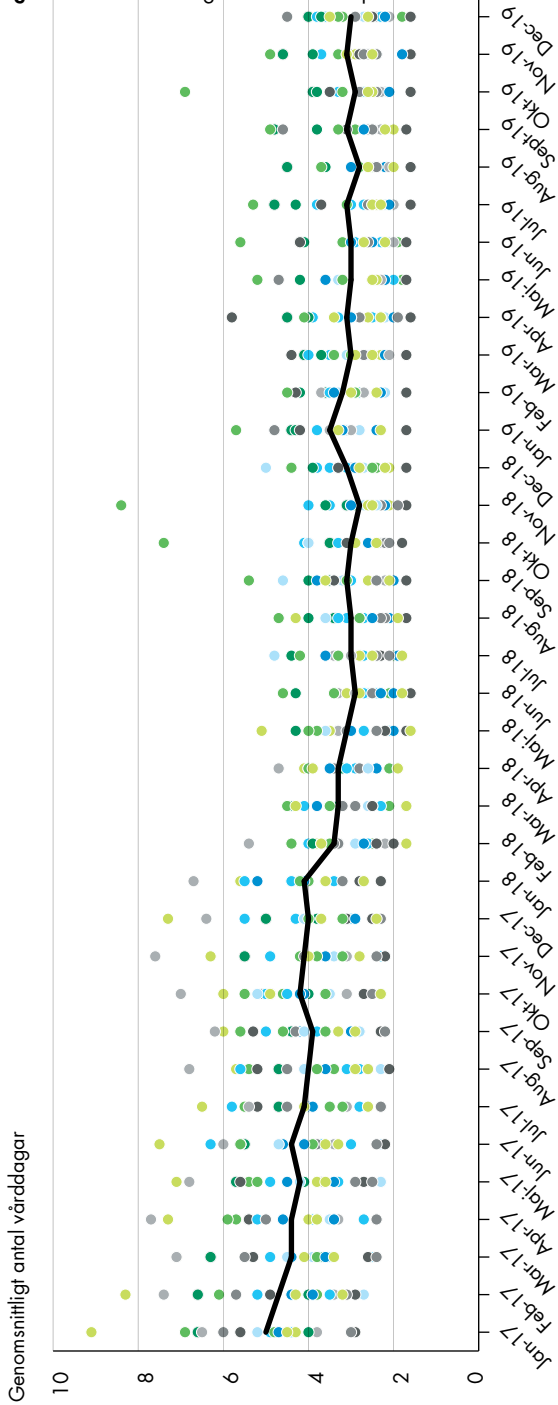
Figur 13. (Forts)



Not: Figuren har olika skalor beroende på antal vårdtillfällen och vård dagar. Figuren redovisar bara utvecklingen av de patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer, och ger därmed inte en komplett bild av hur vårdtiden för utskrivningsklara har utvecklats i regionerna.

Källa: SKR 2020, Vårdanalys bearbetning.

**Figur 14.** Genomsnittlig vårdtid mellan januari 2017 till december 2019 för patienter som har



varit utskrivningsklara en dag eller mer, i riket (svart heldragen linje, genomsnitt av de regioner som redovisat samtliga data) samt i regionerna (en punkt per region).

Källa: SKR 2020, Vårdanalys bearbetning.

#### 4.5 MINSKNING AV VÅRDTID I DE FLESTA REGIONERNA

Vi har analyserat utvecklingen på regionnivå av vårdtid för utskrivningsklara patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer under januari till december 2019 jämfört med samma period under 2017. I 12 av de 16 regionerna har det skett en minskning, i 2 län är andelen i princip oförändrad och i 2 län har vårdtiderna ökat. För 5 regioner saknas data för några månader (tabell 2). Det är återigen viktigt att påpeka att den här analysen bara avser de patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer, och att den bara ger en begränsad bild av hur snabbt patienterna skrivs ut.

Bilden av en snabbare utskrivning bekräftas även i våra intervjuer:

” Det är ett stort tryck, otroligt vad en lag kan göra. Och det har gått snabbt. Nu flänger kommunerna som bara den.”

(kommunsamordnare, region)

” Jag kan inte komma ihåg att jag har sett en så kraftfull förändring i samband med en lagändring tidigare.”

**Tabell 2.** Genomsnittlig vårdtid (antal dagar) för patienter som har väntat en dag eller mer, 2017, 2018 och 2019, per region.

| Region      | 2017        | 2018        | 2019        | Skillnad 2019 och 2017 |
|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------------|
| Blekinge    | 3,1         | 2,1         | 2,6         | -0,6                   |
| Dalarna     | 3,9         | 3,6         | 2,7         | -1,3                   |
| Gotland     | Data saknas | 4,7         | 4,8         | Data saknas            |
| Gävleborg   | 3,7         | 3,4         | 2,8         | -0,9                   |
| Halland     | 3,7         | 3,5         | 3,1         | -0,6                   |
| Jämtland    | 4,3         | Data saknas | Data saknas | Data saknas            |
| Jönköping   | 4,6         | 2,7         | 2,7         | -1,9                   |
| Kalmar      | 2,5         | 2,9         | 3,4         | 1,0                    |
| Kronoberg   | 2,5         | 2,7         | 3,7         | 1,2                    |
| Norrbottnen | 6,8         | 3,4         | 2,3         | -4,4                   |
| Skåne       | 4,3         | 2,3         | Data saknas | Data saknas            |
| Stockholm   | 3,9         | 4,1         | 4,0         | 0,1                    |

(forts.)

Tabell 2. (forts.)

| Region          | 2017 | 2018        | 2019        | Skillnad<br>2019 och 2017 |
|-----------------|------|-------------|-------------|---------------------------|
| Södermanland    | 5,3  | 3,7         | 3,3         | -2,0                      |
| Uppsala         | 7,1  | 3,3         | 2,7         | -4,4                      |
| Värmland        | 5,1  | 1,8         | 1,7         | -3,5                      |
| Västerbotten    | 3,8  | 3,4         | 2,4         | -1,4                      |
| Västernorrland  | 3,1  | 2,9         | 2,5         | -0,6                      |
| Västmanland     | 2,9  | 2,9         | 3,3         | 0,4                       |
| Västra Götaland | 3,3  | Data saknas | 2,6         | Data saknas               |
| Örebro          | 5,3  | 2,5         | 2,4         | -3,0                      |
| Östergötland    | 5,5  | 3,3         | Data saknas | Data saknas               |

Källa: SKR 2020, Vårdanalys bearbetning.

(närvårdschef, region)

#### 4.6 KORTARE VÅRDTID SOM UTSKRIVNINGSKLAR OM PATIENTER SOM SKRIVS UT SAMMA DAG INGÅR

Enligt lagen ska kommunens betalningsansvar inträda senast tre dagar efter det att en underrättelse om att en patient är utskrivningsklar har skickats från slutenvården, om inte kommunen och regionen har kommit överens om annat (se 5 kap. 4 § LoSUS). Men hur stor andel av kommunerna i landet som har ett medelvärde i vårddagar som antingen överstiger eller understiger tre dagar kan inte följas upp med SKR:s data. För en sådan analys hade vi behövt inkludera de patienter som skrivs ut samma dag. Om de patienterna hade inkluderats, hade det genomsnittliga antalet vårddagar på sjukhus varit lägre i hela landet.

Om vi till exempel tittar på Region Kalmar län, visar regionens egen statistik att medelvårdtiden i regionen uppgick till 0,9 dagar för samtliga utskrivningsklara patienter i januari 2019, oavsett om de skrevs ut samma dag eller senare. När analysen bara omfattar de patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer var medelvärdet 4,8 dagar. Vi ser också från Kalmars statistik att drygt 80 procent av patienterna skrevs ut samma

dag som de var utskrivningsklara (tabell 3).

|                             | Antal vårdtillfällen med utskrivning samma dag som utskrivningsklar | Antal vårdtillfällen där patienten varit utskrivningsklar en dag eller mer | Summa dagar som patienter varit utskrivningsklara | Medelvårdtid för samtliga patienter oavsett tidpunkt för utskrivning | Medelvårdtid där patienten varit utskrivningsklar en dag eller mer | Andel som skrivs ut samma dag som utskrivningsklar |
|-----------------------------|---|--|---|--|--|--|
| Borgholm                    | 28  | 5  | 7   | 0,2  | 1,4  | 85 %   |
| Emmaboda                    | 25  | 6  | 9   | 0,3  | 1,5  | 81 %   |
| Högsby                      | 29  | 2  | 3   | 0,1  | 1,5  | 94 %   |
| Hultsfred                   | 36  | 11   | 16  | 0,3  | 1,5  | 77 %   |
| Kalmar                      | 161   | 41   | 116   | 0,6  | 2,8  | 80 %   |
| Mönsterås                   | 48  | 12   | 222   | 3,7  | 18,5   | 80 %   |
| Mörby-långa                 | 39  | 8  | 22  | 0,5  | 2,8  | 83 %   |
| Nybro                       | 52  | 16   | 230   | 3,4  | 14,4   | 76 %   |
| Oskarshamn                  | 75  | 12   | 30  | 0,3  | 2,5  | 86 %   |
| Torsås                      | 21  | 8  | 16  | 0,6  | 2  | 72 %   |
| Västervik                   | 88  | 22   | 32  | 0,3  | 1,5  | 80 %   |
| Vimmerby                    | 37  | 4  | 6   | 0,1  | 1,5  | 90 %   |
| <b>Totalt Region Kalmar</b> | <b>639</b>  | <b>147</b>   | <b>709</b>  | <b>0,9</b>   | <b>4,8</b>   | <b>81 %</b>  |

**Tabell 3.** Vårdtillfällen och andel patienter som skrivs ut samma dag som de är utskrivningsklara respektive patienter som skrivs ut en dag eller senare, januari 2019, Region Kalmar.

Källa: Region Kalmar lään 2019, Vårdanalys bearbetning.

Exemplet från Region Kalmar län visar att skillnaderna inom en region kan vara stora, och så ser det ut i hela landet. Ju färre vårdtillfällen i en region eller en kommun, desto känsligare blir resultatet om det finns patienter med mycket långa respektive mycket korta vårdtider som utskrivningsklar, när genomsnittet beräknas. I exemplet ovan ser vi att långa vårdtider i Nybro och Mönsterås påverkar genomsnittet för hela Region Kalmar län.

#### **4.7 BILDEN BEHÖVER KOMPLETTERAS MED ANALYSER AV PATIENTERS TOTALA VÅRDTID**

De data som vi har analyserat avser bara vårdtiden för utskrivningsklara patienter. Därför är det också viktigt att följa upp den totala vårdtiden inom slutenvården, även om lagen inte tar sikte på att den leddtiden. En snabbare utskrivning för utskrivningsklara patienter kan ha föregåtts av en längre vårdtid innan utskrivningen och tvärt om. Det visar att de här analyserna behöver kompletteras med ett bredare perspektiv på de totala vårdtiderna. De brister i statistiken som vi har lyft fram visar också på behovet av en utvecklad uppföljning.

#### **4.8 FLERA DRIVKRAFTER BAKOM SNABBARE UTSKRIVNING**

Inom både regioner och kommuner har det funnits en strävan att patienterna ska skrivas ut så snabbt som möjligt. Det finns flera drivkrafter bakom det. Dels har kommunernas strävan efter att inte få betalningsansvar varit ett incitament för en snabbare utskrivning, visar våra intervjuer. Dels har ekonomiska incitament inom slutenvården och behovet av att frigöra vårdplatser varit en bidragande drivkraft till att utskrivningen från slutenvården påskyndas.

Enligt flera länsöverenskommelser inträder regionernas betalningsansvar om den genomsnittliga vårdtiden överstiger 3,0 kalenderdagar under en kalendermånad. Men våra intervjuer visar att lokal och mer informell styrning har bidragit till att man på flera håll haft som mål att minska antalet dagar mer än vad som gäller i den formella överenskommelsen. I flera verksamheter har målet i praktiken varit att patienter ska skrivas ut samma dag som de är utskrivningsklara.

I exempelvis Västra Götaland har regionen och kommunerna kommit överens om att enskilda personer som inte längre har behov av slutenvårdens

resurser omgående ska kunna skrivas ut därifrån, på ett tryggt och säkert sätt. Även i Sörmland är målet att patienter ska skrivas ut samma dag som de är utskrivningsklara, det vill säga dag noll. Att utskrivningar sker snabbare är också en följd av att kommunerna fått minskat inflytande att bromsa upp utskrivningen, påpekar personal inom både regioner och kommuner. Vi återkommer till det i kapitel 11.

” Det är tydligt från förvaltningsledningen att det är dag 0 som gäller. Mindset är betalningsansvar dag 1.”

(koordinator, region)

Det finns även andra förklaringar bakom utvecklingen. I våra intervjuer framkommer att jämförelser mellan regionerna har bidragit till att sätta press på en snabbare utskrivning. Regionernas utveckling av antalet utskrivningsklara dagar har exempelvis redovisats och jämförts i samband med nätverksmöten ordnade av SKR. En annan förklaring är att antalet utskrivningsklara dagar är ett kvantitativt mått som uppfattas var tydligt och relativt lätt att mäta, styra mot och följa upp. Det uppfattas däremot vara svårare att följa upp till exempel patientupplevd kvalitet, vilket vi återkommer till senare i rapporten.

#### 4.9 PERSONALEN I GRUNDEN POSITIV TILL EN SNABBARE UTSKRIVNING MEN SER RISKER

I kommuner och regioner finns en samsyn om att en snabbare utskrivning från slutenvården i grunden är positivt. Det innebär att utskrivningsklara patienter kan få komma hem fortare och att insatser och rehabilitering kan påbörjas i ett tidigt skede. En snabbare utskrivning frigör även vårdplatser som kan användas till de patienter som har störst behov av slutenvård.

” Det jag hör och ser är att det verkar vara en väldigt lyckad lagstiftning som frigör vårdplatser. Kommunerna har fått en blåslampa att ta tag i det här på ett bättre sätt. Frigörande av vårdplatser är bra ur ett samhällsperspektiv.”

(vård och omsorgschef, kommun)

Men i framför allt kommunerna finns farhågor om att alltför snabba utskrivningar också kan få negativa konsekvenser för patienter och brukare. Till exempel upplever personal i kommunerna att brukare som kommer hem



har större behov och inte alltid är tillräckligt medicinskt färdigbehandlade när de kommer hem. Även personal i regionerna menar att det går snabbare, vilket kan innebära risker ibland. Planeringsförutsättningarna kan bli sämre och informationsöverföringen försvåras. Om datumet för utskrivningsklar dessutom ändras blir det ännu mer utmanande att planera.

” Det går fort nu och de som kommer hem är jättesjuka.”

(distriktsköterska kommun)

” Går lite för snabbt. Patienten hinner komma hem innan vårdcentralen vet om det.”

(verksamhetschef i primärvården)

” Ja det går snabbt, det gör det, men ... ibland gör vi så att någon får ligga kvar ändå. Vi trycker inte hem dem.”

(koordinator, slutenvård)

En allt för snabb utskrivning riskerar att samordningen, tryggheten och säkerheten för patienter blir bristfällig, påpekar personer inom kommuner som vi pratat med. Samtidigt försöker man ta hänsyn till patientens tillstånd och se till att de kan skrivas ut på ett tryggt och säkert sätt. Flera av de som vi har intervjuat lyfter fram att det nu är viktigt att skifta fokus från en styrning mot snabb utskrivning till ett större fokus på personcentrering och kvalitet i utskrivningsprocessen. Vi återkommer till vilka effekter den ökade snabbheten har fått för verksamheter och personal i kapitel 8. Kapitel 14 och 15 beskriver hur det påverkar informationsöverföring och planering.







## Återinläggningar

I det här kapitlet analyserar vi om andelen patienter som återinläggs oplanerat inom 30 dagar har förändrats sedan lagen infördes. Statistiken avser patienter som är 65 år eller äldre. De viktigaste resultaten:

- För helåret 2019 var andelen oplanerade återinläggningar i riket 17,8 procent. Det kan jämföras med 17,3 procent för helåret 2018 och 16,9 för helåret 2017. Jämfört med 2017 ökade således andelen återinläggningar 2019 med 0,9 procentenheter. Samtidigt ser vi på månadsbasis variationer i andelen återinläggningar. Vår slutsats är att förändringen är för liten och variationerna över tid är för stora för att vi ska kunna prata om ett trendbrott när det gäller återinläggningar.
- Vi ser också variationer i andelen återinläggningar mellan regionerna.
- Det finns behov av fördjupade analyser av återinläggningar för andra grupper än den relativt breda grupp som vi har analyserat här, exempelvis patienter som är 85 år eller äldre, där en större andel av patienterna skrivs in i slutenvården, är svårt sjuka och löper större risk för återinläggningar. Andra relevanta grupper att studera är patienter som till stor del vårdas inom slutenvården, exempelvis de som har hjärt- och kärlsjukdomar.
- Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att göra en fördjupad analys av återinläggningar hos multisjuka och sköra äldre, deras omfattning och vilka diagnoser som dominerar. Vi ser också ett värde av analyser på kommunal och regional nivå för att öka kunskapen om återinläggningar.

Vi har analyserat data från SKR:s databas *Vården i siffror* om oplanerade återinläggningar för patienter som är 65 år eller äldre. I databasen redovisas endast återinläggningar för patienter som är 65 år eller äldre.



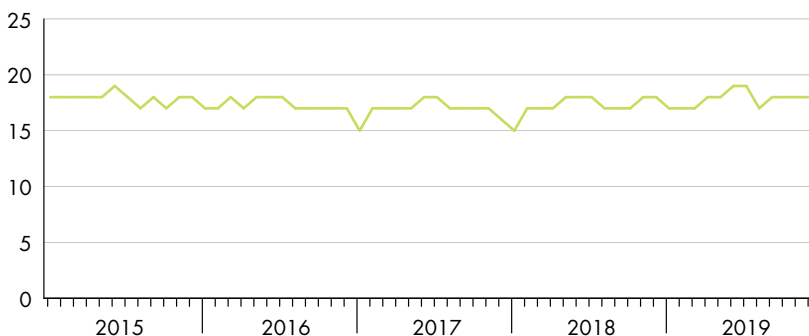
## 5.1 VARIATIONER ÖVER TID OCH INGET TRENDBROTT NÄR DET GÄLLER ÅTERINLÄGGNINGAR

Oplanerade återinläggningar inom 30 dagar är en indikator avsedd att beskriva kvaliteten och graden av samordning i vård- och omsorgssystemet. Indikatorns bakgrund är tanken att en patient som skrivits ut från slutenvården inte ska behöva ny oplanerad slutenvård inom 30 dagar. Indikatorn kan därmed belysa om vården på sjukhus, eller uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet därefter, inte varit optimala (SKL 2017a).

Vår analys visar att andelen oplanerade återinläggningar för personer som är 65 år eller äldre varierar över tid i riket. Mellan januari 2015 och december 2019 låg andelen under en månad som lägst på 15 procent och som högst på 19 procent (figur 15).

**Figur 15.** Andelen oplanerade återinläggningar inom 30 dagar för patienter 65 år eller äldre, januari 2015 till december 2019, för de regioner som rapporterat fullständiga data, i riket.

Andel oplanerade återinläggningar



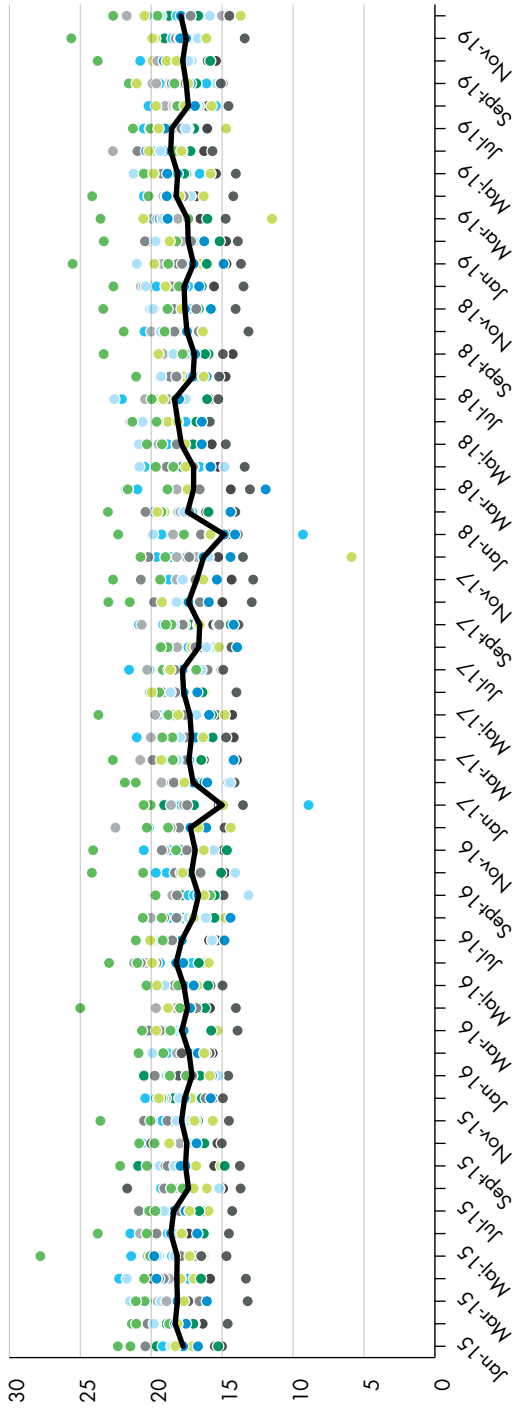
Not: För Blekinge saknas data för januari 2015 till februari 2019, för Kronoberg saknas data för april 2016 till december 2019, för Stockholm saknas data för december 2016 och december 2017, för Västra Götaland saknas data för oktober 2015 till december 2019.

Källa: SKR 2020.

Sammanräknat för helåret 2015 var andelen återinläggningar 18 procent för helåret 2016, 17,4 procent för helåret 2017, 16,9 procent och för helåret 2018, 17,3 procent och för helåret 2019 17,8 procent. Mellan 2017, året innan lagen infördes, och 2019 ökade återinläggningarna således med 0,9 procentenheter. På månadsbasis ser vi variationer upp och ned i andelen återinläggningar. Vår slutsats är att förändringen är för liten och variationerna över tid är för stora för att vi ska kunna prata om ett trendbrott.

När vi studerar återläggningar på regional nivå ser vi också att andelen varierar över tid och mellan regionerna. Den svarta linjen i figur 16 utgör medelvärdet och prickarna illustrerar andelen återinläggningar per region och månad.

**Figur 16.** Andel oplanerade återinläggningar inom 30 dagar för patienter 65 år eller äldre, januari 2017 till december 2019, ej justerat för bortfall, i riket samt regionerna.



Not: För Blekinge saknas data för januari 2015 till februari 2019, för Kronoberg saknas data för april 2016 till december 2019, för Stockholm saknas data för december 2016 och december 2017, för Västra Götaland saknas data för oktober 2015 till december 2019.

Källa: SKR 2020.



I tabell 4 nedan redovisas andelen oplanerade återinläggningar uppdelat på region för helåren 2015 till 2019. När vi jämför utvecklingen mellan 2017 och 2019 ser vi att i de flesta länen ligger förändringen inom ett spann på mellan -1 och 1 procent. För fem län, ser vi en ökning mellan 1,3 till 2,8 procent. För fyra län saknas data för någon eller några månader.

**Tabell 4.** Andel oplanerade återinläggningar inom 30 dagar för patienter 65 år eller äldre, för helåret 2015, 2016, 2017, 2018 och 2019, i regionerna, procent.

| Region                  | 2015        | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        | 2017 jämfört med 2019 |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------|
| Blekinge                | Data saknas | Data saknas | Data saknas | Data saknas | Data saknas | Data saknas           |
| Dalarna                 | 17,8        | 17,8        | 16,4        | 17,8        | 19,2        | 2,8                   |
| Gotland                 | 21,4        | 20,8        | 20,8        | 21,7        | 22,3        | 1,5                   |
| Gävleborg               | 17,4        | 16,5        | 15,6        | 15,7        | 18,2        | 2,6                   |
| Halland                 | 20,2        | 19,3        | 19,4        | 18,5        | 18,8        | -0,6                  |
| Jämtland/<br>Härjedalen | 18,7        | 17,1        | 17,0        | 20,2        | 18,7        | 1,8                   |
| Jönköping               | 18,2        | 18,1        | 17,3        | 18,4        | 18,2        | 0,8                   |
| Kalmar                  | 19,6        | 19,2        | 18,5        | 17,9        | 18,6        | 0,2                   |
| Kronoberg               | 19,1        | Data saknas | Data saknas | Data saknas | Data saknas | Data saknas           |
| Norrboten               | 19,1        | 19,7        | 19,4        | 19,4        | 19,5        | 0,2                   |
| Skåne                   | 16,3        | 15,8        | 16,1        | 16,4        | 16,7        | 0,5                   |
| Stockholm               | 18,1        | Data saknas | Data saknas | 16,6        | 17,9        | Data saknas           |
| Sörmland                | 16,4        | 16,4        | 16,5        | 17,8        | 18,8        | 2,3                   |
| Uppsala                 | 14,3        | 14,9        | 14,2        | 14,2        | 14,8        | 0,6                   |
| Värmland                | 19,1        | 18,4        | 18,3        | 18,4        | 17,6        | -0,7                  |
| Västerbotten            | 17,8        | 17,7        | 16,8        | 17,2        | 17,0        | 0,2                   |
| Västernorrland          | 19,7        | 18,8        | 19,3        | 19,8        | 19,8        | 0,5                   |
| Västmanland             | 18,2        | 18,0        | 17,5        | 18,3        | 18,8        | 1,3                   |

(forts.)

Tabell 4. (forts.)

| Region          | 2015        | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        | 2017 jämfört med 2019 |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------|
| Västra Götaland | Data saknas | Data saknas | Data saknas | Data saknas | Data saknas | Data saknas           |
| Örebro          | 18,7        | 18,4        | 18,0        | 17,7        | 17,8        | -0,2                  |
| Östergötland    | 16,0        | 16,0        | 15,0        | 15,7        | 15,6        | 0,7                   |
| Riket           | 18,0        | 17,4        | 16,9        | 17,3        | 17,8        | 0,9                   |

Källa: SKR 2020.

## 5.2 VI SER BEHOV AV FÖRDJUPADE ANALYSER AV ÅTERINLÄGGNINGAR

Vår bedömning är att det krävs fördjupade analyser för att förstå omfattningen av och orsakerna till återinläggningar. Analysen som vi redovisar här som baseras på SKR:s data avser en relativt bred grupp, patienter som är 65 år eller äldre. Vi ser behov av kompletterade analyser som exempelvis kan fokusera på patienter som är 85 år eller äldre, där en större andel av de som vårdas inom slutenvården är multisjuka och löper större risk för återinläggningar. Att analysera återinläggningar utifrån diagnosgrupper kan också ge en fördjupad bild. Det kan exempelvis handla om att följa upp patienter med hjärt- och kärlsjukdom där en relativt stor andel av patienterna får vård inom slutenvården.

Vi ser därför positivt på det regeringsuppdrag som Socialstyrelsen har fått kring återinläggningar. Socialstyrelsen ska enligt uppdraget undersöka omfattningen av återinläggningar av multisjuka och sköra äldre samt hur det hanteras i olika regioner. I Socialstyrelsens uppdrag ingår att se över vilka diagnoser det är som återkommer bland dem som återinläggs. Dessutom ska Socialstyrelsen analysera om det finns behov av ytterligare insatser i kommuner och regioner för att förebygga återinläggningar. Socialstyrelsen ska även undersöka hur uppföljningen av vård och omsorg sker efter att de äldre har kommit åter till sitt boende. Uppdrag ska redovisas senast den 2 september 2020 (Regeringen 2019).

Vi ser också ett värde av analyser på kommun- och regionnivå för att öka kunskapen om återinläggningar. I våra intervjuer i regioner och kommuner lyfts fram att det är viktigt att närmare analysera vilka återinläggningar som är motiverade utifrån patientens hälsotillstånd och vilka återinläggningar som hade kunnat förebyggas.







# Effekter för patienter och brukare





## Effekter för patienter och brukare

I vår delrapport (Vårdanalys 2018) konstaterade vi att det saknades nationella data för att följa upp effekterna av lagen och samordningen mellan vården och omsorgen från ett patient-, brukar- och närståendeperspektiv. För att bidra till ökad kunskap och metodutveckling har vi utvecklat nya enkätfrågor och genomfört en pilotenkät i Kalmar län inom ramen för Nationell Patientenkät. I det här kapitlet presenterar vi våra slutsatser från den pilotundersökningen. De viktigaste resultaten:

- Det finns ett behov av en fortsatt metodutveckling och återkommande nationella mätningar inom både den somatiska och psykiatriska vården. Vår pilotundersökning i Kalmar län visar på betydelsen av en större nationell undersökning för att få en bättre bild av erfarenheterna av samordningen under utskrivningsprocessen.
- Resultaten från pilotundersökningen visar att en majoritet av patienterna i Kalmar län som svarande på vår enkät upplever att samordningen fungerar bra, att de är trygga och att de är involverade i planeringen. Men den visar också på skillnader mellan olika grupper. Resultaten bekräftas av en undersökning som SKR har genomfört i undersökningsverktyget Webbkollen. Antalet svar i båda undersökningarna är för få för att det ska vara möjligt att dra några långtgående slutsatser.
- Vår bild är att pilotundersökningen har fungerat väl på det hela taget. Frågorna som har använts har potential att ge förståelse för hur brukare och patienter uppfattar samordningen, hur den fungerar för olika grupper och hur den utvecklas över tid.



- Även om svaren i pilotundersökningen är få, ser vi ett värde av att redovisa resultatet, eftersom det ger en fingervisning om hur samordningen upplevs av patienterna och värdet av att genomföra den i större skala.

Kapitlet inleds med att vi diskuterar våra överväganden inför genomförandet av pilotstudien. Därefter redovisar vi vår metod och avslutningsvis resultatet från vår pilotstudie samt undersökningen i Webbkollen.

## **6.1 VÅR DELRAPPORT VISADE ATT DET SAKNADES DATA OM SAMORDNING FRÅN PATIENTENS PERSPEKTIV**

Inom ramen för vår delrapport gjorde vi en kartläggning av vilka möjligheter som finns att följa upp samordningen mellan vården och omsorgen och effekterna av lagen från ett patient-, brukar- och närståendeperspektiv genom befintliga kvalitetsregister eller andra undersökningar. Kartläggningen visade att det saknades nationella data för att spegla samordningen och lagen. I några av undersökningarna, exempelvis Webbkollen var frågorna relevanta men täckningsgraden var låg. För andra undersökningar, exempelvis Nationell Patientenkät gällde det motsatta. Täckningsgraden var relativt hög men frågorna speglade inte samordningen mellan vården och omsorgen i tillräckligt stor utsträckning.

## **6.2 VI HAR ANVÄNT NATIONELL PATIENTENKÄT FÖR ATT BIDRA TILL UTVECKLINGEN AV NATIONELL UPPFÖLJNING**

Vi övervägde flera olika alternativ för att följa upp lagen och samordningen. Antingen att utveckla en ny undersökning inom ramen för det här regeringsuppdraget eller att utveckla någon av de befintliga undersökningarna. Vår slutsats var att det inte är rimligt att utveckla en helt ny nationell undersökning med speciellt fokus på att följa upp samordning. Argumenten var dels att de grupper som har ett samordningsbehov och som oftast är äldre och sjuka redan belastas av många enkäter, dels att det skulle innebära kostnader för ytterligare en omfattande undersökning.

Vår bedömning var att Nationell Patientenkät hade bäst förutsättningar för en återkommande nationell mätning av samordning och lagens effekter. Genom Nationell Patientenkät finns upparbetade processer för urval, utskick av enkäter, insamling av data och analyser. Det skapar förutsättningar för en standardiserad datainsamling. Enkäten kräver dessutom ingen aktiv arbetsinsats från vårdpersonal i samband med datainsamlingen. Men det finns också utmaningar och utvecklingsområden med Nationell Patientenkät.

I Vårdanalys rapporten med Örat mot Marken lyfts exempelvis behovet av att utvärdera enkätens innehåll ur ett patientperspektiv, att se över frågornas antal samt överlappning, behovet av mer bakgrundsinformation kring självs kattad hälsa samt en tydligare beskrivning av metod och urval (Vårdanalys 2019b). En annan utmaning är att det har visats sig vara svårt att identifiera patienter som har behov av samordning i vissa regioners it-stöd om enkäten ska riktas mot denna avgränsade grupp. Vi återkommer till det. Men sammantaget är vår bedömning att fördelarna med att använda Nationell Patientenkät övervägde nackdelarna och att utmaningarna är möjliga att adressera.

Vi övervägde även att använda Webbkollen. En fördel med Webbkollen är att det också finns en etablerad infrastruktur med ett verktyg för att samla in och sammanställa svar från de telefonintervjuer som genomförs. En annan fördel är att intervjuer även kan en mer fördjupad bild av patienters upplevelser än enkätsvar. Webbkollen med dess intervjuer ger även snabb återkoppling av resultat. En nackdel med Webbkollen är att den kräver en större arbetsinsats från personalen genom intervjuerna än en enkät. Genom att det är vårdpersonal som ringer upp patienterna och ställer frågor om kvaliteten på deras eget arbete kan det också vara svårt för patienter att framföra missnöje. En annan risk med Webbkollen är att det uppstår intervjuareffekter när många olika personer ska ställa frågor och tolka resultatet. Genom att personalen tillfrågar patienten om hen vill delta i en intervju finns också en risk att urvalet av patienter inte blir slumpmässigt.

För andra befintliga undersökningar saknades frågor om samordning eller så vände sig studierna till andra populationer som bara delvis täcker målpopulationen samordningspatienter.

### 6.3 UTMANANDE ATT MÄTA PATIENTERS UPPLEVELSER AV SAMORDNING

Av flera skäl, och oavsett vilken metod man väljer, är det utmanande att fånga patientens och brukarens upplevelser av utskrivningsprocessen och samordningen mellan vården och omsorgen. För det första är många patienter som skrivs ut från slutenvården äldre eller svårt sjuka, vilket kan påverka deras möjligheter att delta i en undersökning. Att fråga äldre ger också speciella svårigheter genom att de många gånger inte vill klaga på vården trots att de upplevt problem. Det kan också bli svårigheter att få rättvisande svar om vårdpersonal eller närstående hjälper patienten att svara på frågor om hur de upplever vården.



För det andra uppfattar patienter ofta att det är svårt att besvara frågor som rör samordning, eftersom det inte alltid är tydligt vilka aktörer som ansvarar för vad. Det kan exempelvis vara svårt för patienten att bedöma vilken roll primärvården har i förhållande till den kommunala hälso- och sjukvården och vad begreppet omsorg innebär. Sammantaget pekar det på behovet av en fortsatt metodutveckling.

## 6.4 ENKÄT TILL PATIENTER I KALMAR LÄN

Vi har tillsammans med forskare vid Linköpings universitet utvecklat nya enkätfrågor som rör samordning och lagen. Frågorna har testats i Kalmar län inom ramen för en mätning i Nationell Patientenkät. Frågorna fokuserar på lagen, exempelvis fast vårdkontakt och SIP. Men också på övergången mellan vården och omsorgen och frågor som rör samordning, planering, trygghet och information (se bilaga 3).

Vår urvalsgrupp var patienter som hade skrivits ut från den somatiska vården och som hade behov av insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten efter utskrivningen. En förutsättning för pilotundersökningen var ett samarbete med en eller flera regioner som kunde bistå med att göra ett urval av patienter som har behov av samordning. Region Kalmar län var den som först anmälde sig som pilotregion 2019. Vår inriktning var att skicka ut enkäten i fler län än Kalmar län. Under hösten 2019 hade vi en dialog med Region Värmland, Region Västerbotten och Region Stockholm. Dessvärre kunde Region Värmland och Region Västerbotten inte identifiera samordningspatienter med tillräckligt stor precision i deras IT-stöd.

### 6.4.1 Enkätfrågorna och valideringsarbetet

Grunden för våra enkätfrågor är bestämmelserna i lagen och Vårdanalys patient- och brukarråds kvalitetskriterier för samordning. När vi har tagit fram enkätfrågorna har vi utgått från lagens bestämmelser, med fokus på:

- planering och samordnad individuell plan (SIP)
- fast vårdkontakt
- information i samband med utskrivningen.

Vi har även utgått från de kvalitetskriterier för samordning som togs fram av Vårdanalys patient- och brukarråd inom ramen för rapporten *Från medel till mål*, Vårdanalys 2017:11). Kriterierna är:

- Får hjälp att ta nästa steg
- Kontinuitet
- Inga onödiga upprepningar
- Trygghet
- Ser till hela ens behov.

Enkätfrågorna har anpassats till Nationell Patientenkäts struktur och formulering av frågor. Enkätfrågorna har validerats genom kognitiva intervjuer med patienter. Frågorna har även kvalitetssäkrats genom intervjuer med experter inom SKR, Region Kalmar län och Region Stockholm.

#### **6.4.2 Vi skickade ut två enkäter i Kalmar län**

För att undersöka vilka olika möjligheter som finns att följa upp samordningen och lagen inom ramen för Nationell Patientenkät skickade vi ut två enkäter:

- en samordningsenkät med 32 nya frågor (samordningsenkäten)
- den ordinarie nationella patientenkäten för slutenvård med tre tilläggsfrågor om samordning.

Syftet med dessa två delar var dels att undersöka vilka möjligheter som finns att lägga till ytterligare frågor till den ordinarie slutenvårdsenkäten, dels att undersöka hur Nationell Patientenkät kan användas för att skicka ut en fristående enkät för att ge en fördjupad bild av samordning. De tre tilläggsfrågorna ingick även i vårt utskick av den ordinarie slutenvårdsenkäten för att ge möjligheter till jämförelser.

#### **6.4.3 Svarsfrekvensen i pilotundersökningen var 42 procent**

Pilotundersökningen genomfördes i samarbete med Region Kalmar län och Nationell Patientenkät. Målpopulationen är patienter som under slutenvårdstillfället bedöms ha behov av samordning för vård och omsorg efter utskrivning från slutenvården. Dessa patienter ska ha varit inskrivna minst 24 timmar, blivit inskrivna i Region Kalmar läns LINK-system under vårdtiden och blivit utskrivna under urvalsperioden. Kriterier för uteslutning (patienter som inte har fått enkäterna) är patienter med adress utanför Sverige, med skyddad identitet eller utan folkbokföringsadress. Även patienter som genomgått abort eller är under 15 år har uteslutits.



Under oktober 2019 var det 386 patienter i Kalmar län som skrevs ut från slutenvården där den behandlande läkaren bedömde att patienten hade behov av samordning efter utskrivningen. 81 patienter togs bort från urvalet på grund av att de var målgrupp för en annan enkät eller hade avlidit. Totalt 305 patienter ingick i det slutliga urvalet. Enkäten skickades ut den 18 november 2019 och enkäten stängdes den 30 december. Svarsfrekvensen var 40 procent för samordningsenkäten och 45 procent för den ordinarie enkäten med tillägsfrågorna (tabell 5).

Bland de som svarade på enkäterna var drygt 90 procent 70 år eller äldre och 43 procent 85 år eller äldre. Knappt 58 procent var kvinnor och drygt 42 procent var män (se bilaga 4). 58 procent besvarade samordningsenkäten helt själva, 40 procent med hjälp av närstående och 2 procent med stöd från vårdpersonal. Av de som svarade på samordningsenkäten bodde knappt 89 procent av patienterna i eget boende och drygt 11 procent i särskilt boende.

**Tabell 5.** Pilotundersökningens population, antal inbjudna, antal svar och svarsfrekvens.

|  | Patient-<br>populationen | Antal<br>inbjudna | Antal svar | Svars-<br>frekvens |
|--|--------------------------|-------------------|------------|--------------------|
| Totalt                                     | 386                      | 305               | 130        | 42 %               |
| Samordningsenkäten                         | 193                      | 157               | 63         | 40 %               |
| Den ordinarie enkäten<br>med tillägsfrågor | 193                      | 148               | 67         | 45 %               |

## 6.5 STÖRRE UNDERSÖKNING GER BÄTTRE BILD

Pilotundersökningen har begränsningar genom att den enbart genomförts i ett län och baseras på ett mindre antal patienter. Men undersökningen kan ändå ge en idé om vad vi kan förvänta oss av en liknande större undersökning. Vi har i det här regeringsuppdraget prioriterat en smalare mätning med fokus på metodutveckling snarare än en bredare undersökning i hela landet.

En större undersökning skulle kunna ge betydligt bättre bild av samband mellan olika variabler. Man skulle till exempel kunna studera de patienter där samordningen inte har fungerat, och se om det finns speciella faktorer som gör att det inte fungerar. Några exempel på frågor för en större studie:

- Fungerar samordningen bättre eller sämre för patienter som får en stor förändring av sitt vårdbehov i samband med sjukhusvistelsen?



- Fungerar samordningen bättre eller sämre för de allra äldsta patienterna?
- Upplever de som har en fast vårdkontakt att samordningen fungerar bättre än de som inte har det?

Sådana resultat kan ge bättre kunskap om för vilka patienter bristerna i samordningen är störst och vilka faktorer som har ett samband med en upplevd god samordning. Det kan ge vägledning för önskvärda förbättringar. En större undersökning kan också ge en bild av hur samordningen ser ut i olika regioner och om den är likvärdig i landet. Om den genomförs vid flera tillfällen över tid, finns möjligheter att följa om samordningen blir bättre när lagen har funnits en tid och när begrepp som SIP och fast vårdkontakt har blivit mer kända bland patienter.

## 6.6 DE FLESTA PATIENTER I KALMAR LÄN ÄR POSITIVA TILL SAMORDNINGEN

Även om antalet patienter som har deltagit i pilotundersökningen i Kalmar län är få, ger den tecken på övergripande resultat som är intressanta att resonera om. Pilotundersökningen visar till exempel att majoriteten av patienterna upplever att samordningen fungerar bra, att de känner sig trygga med vården, att de har möjlighet att vara delaktiga i planeringen om de vill och kan, och att de kände sig redo att lämna sjukhuset när de skrevs ut. Men undersökningen visar också på stora skillnader mellan olika patientgrupper, till exempel mellan män och kvinnor, och olika åldersgrupper. Vi ser även skillnader i om slutenvårdstillfället var planerat eller inte.

Resultaten från pilotundersökningen visar också att patienternas upplevelser av samordningen och tryggheten förändras över tid. Därför är det viktigt att inte bara fråga om samordningen i nära anslutning till utskrivningstillfället.

Samtidigt som många upplever att samordningen fungerar, är det en förhållandevis hög andel som inte känner till om de har en dokumenterad individuell plan. En majoritet upplevde att de hade en fast vårdkontakt som de kan vända sig till för information om sin vårdssituation och som hjälper dem att samordna sina vård- och omsorgskontakter. Vi presenterar resultatet för ett urval av frågor i faktarutan nedan.



## 6.7 FLERA MÖJLIGA UPPLÄGG FÖR EN FORTSATT UPPFÖLJNING

För att öka kunskapen om patienternas och brukarnas syn på lagen och samordningen, ser vi en möjlighet för regioner och kommuner att bygga vidare på de erfarenheter som vi har dragit från pilotstudien. Vi ser här flera möjliga upplägg för det fortsatta arbetet. Exempelvis skulle en samordningsenkät kunna genomföras i samtliga län och då riktas mot de patienter som har behov av samordning. En förutsättning för det är att regionerna kan göra ett urval av patienter som motsvarar målgruppen för lagen. Ett annat alternativ är att regionerna och kommunerna lägger till ytterligare frågor till den ordinarie nationella patientenkäten för slutenvård. Tilläggsfrågorna kan besvaras av de patienter som har behov av samordning. Men vi ser också ett värde av att komplettera enkäter med kvalitativa intervjuer för att fördjupa kunskapen om hur patienten ser på samordningen av vården och omsorgen.

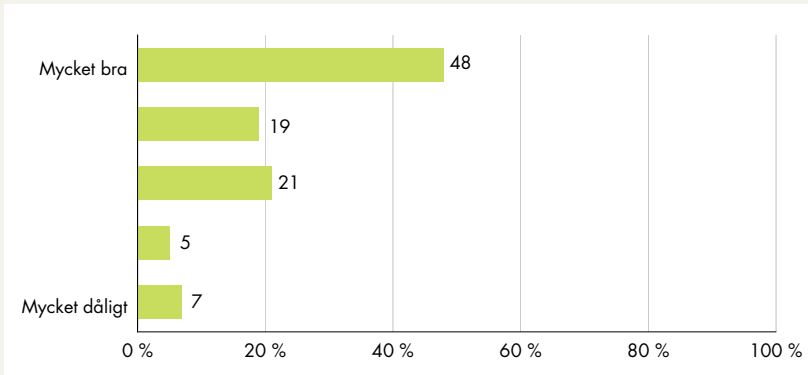
I faktarutan nedan presenteras resultaten för ett urval frågor i pilotundersökningen i Kalmar län. Vi redovisar både fördelningen av alla svar och andelen positiva svar. Med positiva svar menar vi de som har svarat 4 eller 5 på en femgradig skala, där 5 motsvarar instämmer helt eller mycket bra. Svartalernativet *Ej aktuellt* ger möjlighet för en respondent att inte besvara frågor som inte gäller dem. Det kan exempelvis vara en närståendefråga för någon som inte har en närstående eller hur smärtlindringen fungerat för någon som inte haft behov av smärtlindring. Svartalernativet *Ej aktuellt* ingår därför inte i beräkningarna.

**Faktaruta.** Resultat av pilotstudien i Kalmar län.

### En majoritet av patienterna upplevde att samordningen fungerade bra under och efter utskrivningen

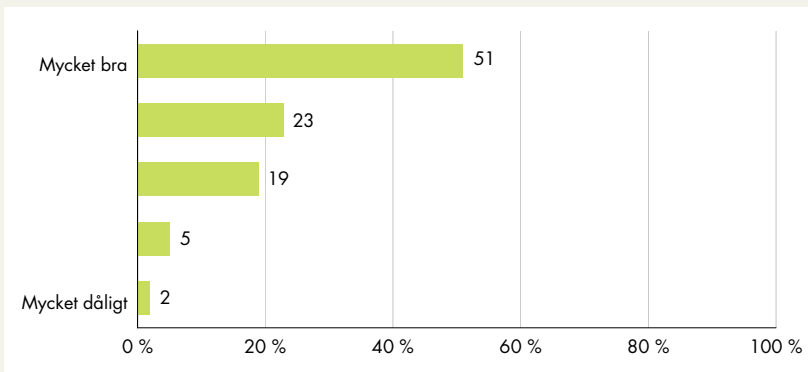
Vi har frågat patienterna hur de bedömer samordningen direkt efter utskrivningen och i dagsläget när enkäten besvarades. Andelen patienter som var positiva till hur samordningen fungerade var 67 procent direkt efter utskrivningen och 74 procent i dagsläget (figur 17 och 18). En möjlig förklaring till att samordningen uppfattades vara bättre i dagsläget kan vara att alla insatser inte var på plats från början när patienten kom hem och att planeringen inte var genomförd då.

**Figur 17.** Om du hade behov av olika sorters vård eller omsorg direkt efter din sjukhusvistelse, hur upplevde du att samordningen fungerade?



Källa: Pilotundersökning i Kalmar län, samordningsenkäten, n=42.

**Figur 18.** Om du har behov av olika sorters vård eller omsorg i dagsläget, hur upplever du att samordningen fungerar?



Källa: Pilotundersökning i Kalmar län, samordningsenkäten, n=43.

Vi ställde motsvarande fråga om hur samordningen fungerade direkt efter sjukhusvistelsen i den ordinarie enkäten med tillägsfrågorna. Då uppgick andelen positiva svar till 86 procent (se kommentar till skillnaderna i resultatet längre ner i faktarutan).

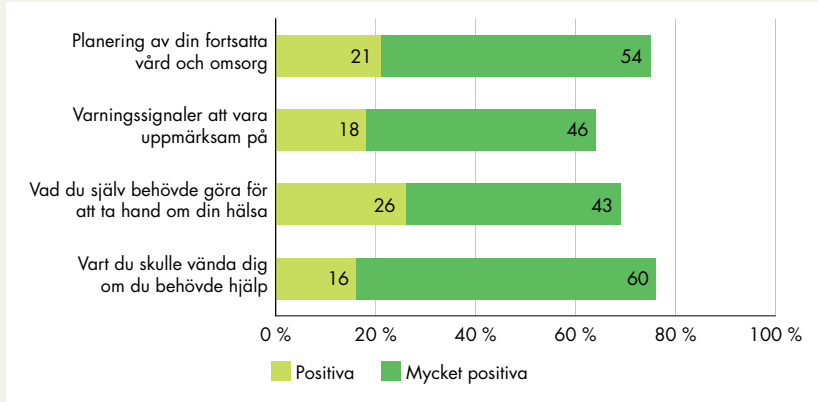
(forts.)



### Patienterna är nöjda med informationen

Överlag är de flesta patienter nöjda med den information de får inför utskrivningen. Planering av den fortsatta vården och vart de skulle vända sig om de behöver hjälp eller har frågor efter sjukhusvistelsen är de områden som flest patienter anger att de har fått tillräckligt med information om; 75 procent respektive 76 procent anger *Nästan helt och hållet* eller *Helt och hållet* (figur 19).

**Figur 19.** Fick du inför utskrivningen tillräckligt med information om följande?

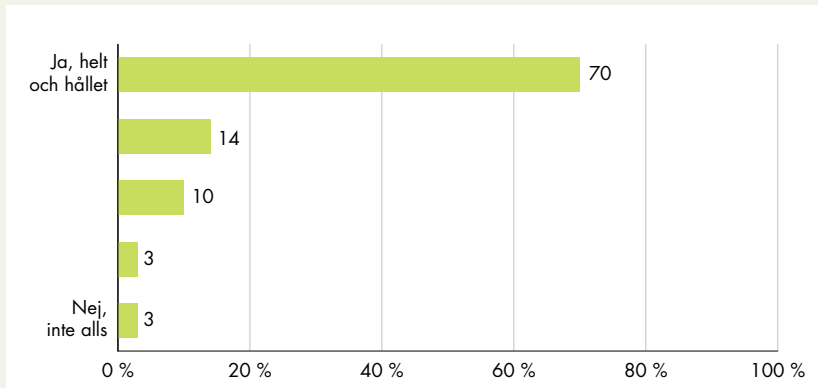


Källa: Pilotundersökning i Kalmar län, antal svar varierar per fråga.

### De flesta kände sig redo att lämna sjukhuset

Vår analys av SKR:s data om vårdtider visar att en stor andel av patienterna skrivs ut samma dag som de är utskrivningsklara, och det gäller också i Kalmar län. I samordningsenkäten angav 84 procent av patienterna positiva svar på frågan om de kände sig redo att lämna sjukhuset när de skrevs ut (figur 20).

**Figur 20.** Kände du dig redo att lämna sjukhuset när du skrevs ut?



Källa: Samordningsenkäten, n=63.

Bland männen säger 78 procent att de kände sig helt redo att lämna sjukhuset, men bara 65 procent av kvinnorna. Det skulle kunna bero på att fler äldre kvinnor lever ensamma och inte har möjlighet att få hjälp av en partner.

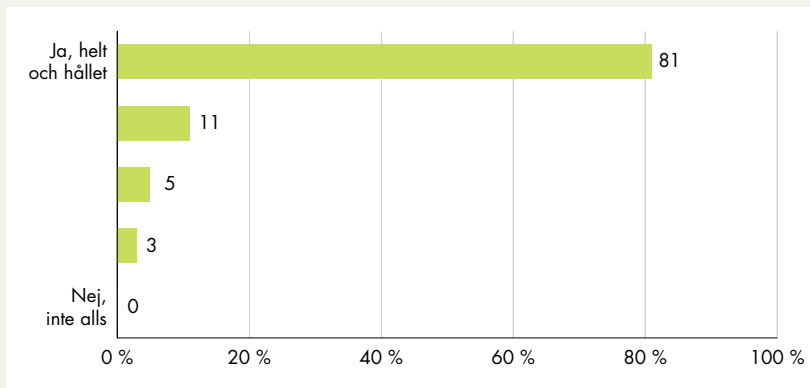
(forts.)

Det är också en större andel som kände sig redo att lämna sjukhuset bland patienter som hade en planerad sjukhusvistelse (83 procent) jämfört med de som haft en akut sjukhusvistelse (70 procent). De här uppdelningarna gör patientgrupperna små och därmed resultaten osäkra, men kan vara ett tecken på att planeringen inför utskrivningen är extra viktig vid akuta fall, eftersom patienten inte har haft samma möjlighet att förbereda sig och sin omgivning på tiden efter sjukhusvistelsen.

### De flesta kände sig trygga med sin vård och omsorg

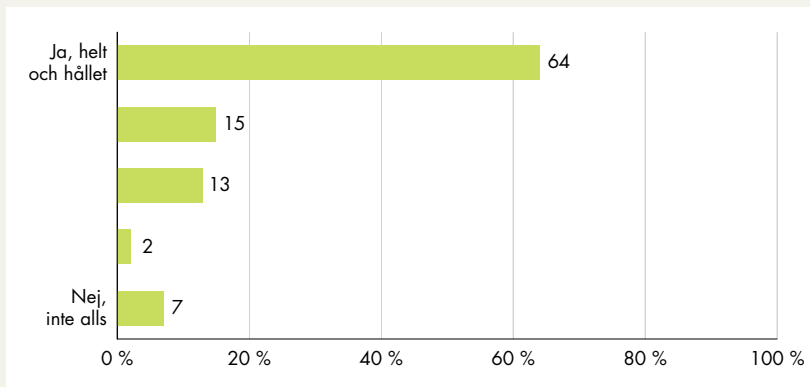
I samordningsenkäten har vi ställt frågan om patienterna kände sig trygga under sin vistelse på sjukhuset samt trygga med vården och omsorgen direkt efter utskrivningen. 92 procent av patienterna gav positiva svar om tryggheten under sjukhusvistelsen. 79 procent gav positiva svar om tryggheten med vården och omsorgen direkt efter sjukhusvistelsen (figur 21 och 22). I den ordinarie enkäten med tillägsfrågorna ställde vi också frågan om patienten var trygg direkt efter sjukhusvistelsen. I den enkäten var andelen positiva svar knappt 80 procent. Vi noterar här att de allra flesta känner sig trygga så länge de är kvar på sjukhuset, men att tryggheten är lägre efter utskrivningen.

**Figur 21.** Kände du dig trygg under din vistelse på sjukhuset?



Källa: Pilotundersökning i Kalmar län, n=63.

**Figur 22.** Kände du dig trygg med din vård och omsorg direkt efter sjukhusvistelsen?



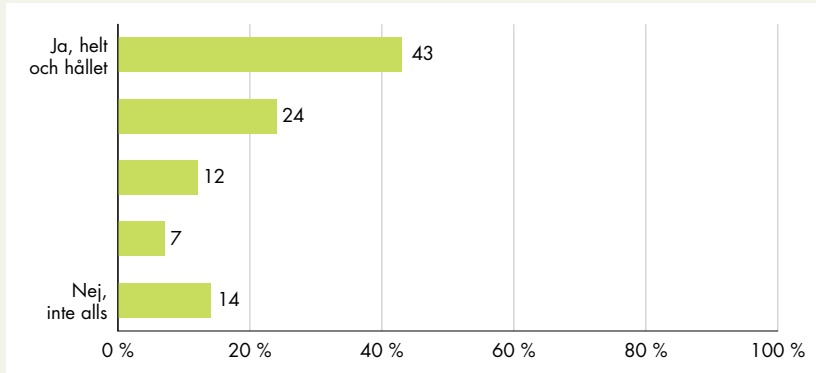
Källa: Pilotundersökning i Kalmar län, n= 61.

(forts.)



Vi frågade även patienterna om de kände sig trygga med att klara sin praktiska vardag direkt efter sjukhusvistelsen. I samordningsenkäten gav 67 procent positiva svar om tryggheten med att klara den praktiska vardagen (figur 23). Frågan ställdes även i den ordinarie enkäten med tillägsfrågorna, där andelen positiva svar var 55 procent. Vi resonerar kring dessa skillnader längre ner i faktarutan.

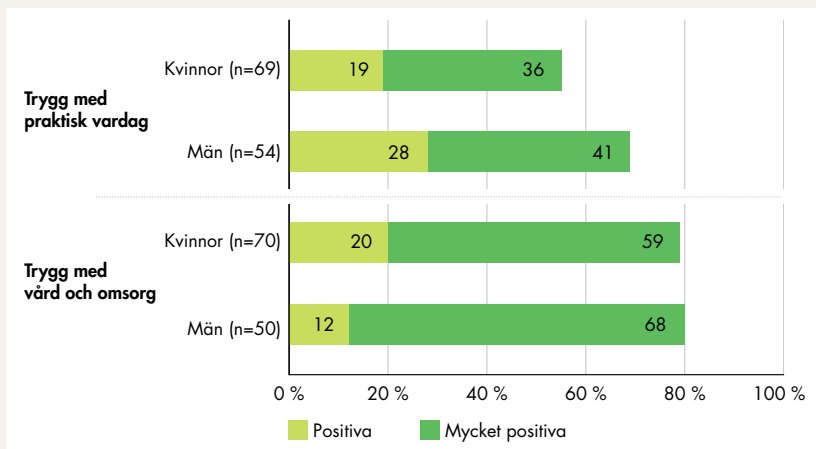
**Figur 23.** Kände du dig trygg med att klara din praktiska vardag direkt efter sjukhusvistelsen?



Källa: Pilotundersökning i Kalmar län, n= 58.

Även om de flesta är positiva finns det skillnader som är värda att belysa. Observera att figur 24 och figur 25 jämför kvinnor och män samt olika ålderskategorier utifrån resultaten från båda enkäterna. En större andel män anger positiva eller mycket positiva svar när det gäller trygghet att klara sin praktiska vardag jämfört med kvinnorna. Bland kvinnor är det 29 procent som inte känner sig trygga med att klara sin praktiska vardag direkt efter sjukhusvistelsen. Motsvarande siffra för män är 13 procent (framgår inte av figurerna). För andelen som känner sig trygga med sin vård och omsorg direkt efter sjukhusvistelsen är skillnaden mellan könen mindre, även om något en något större andel män svarar det mest positiva alternativet.

**Figur 24.** Frågan "Kände du dig trygg med att klara din praktiska vardag respektive din vård och omsorg direkt efter sjukhusvistelsen?", uppdelat på kön.

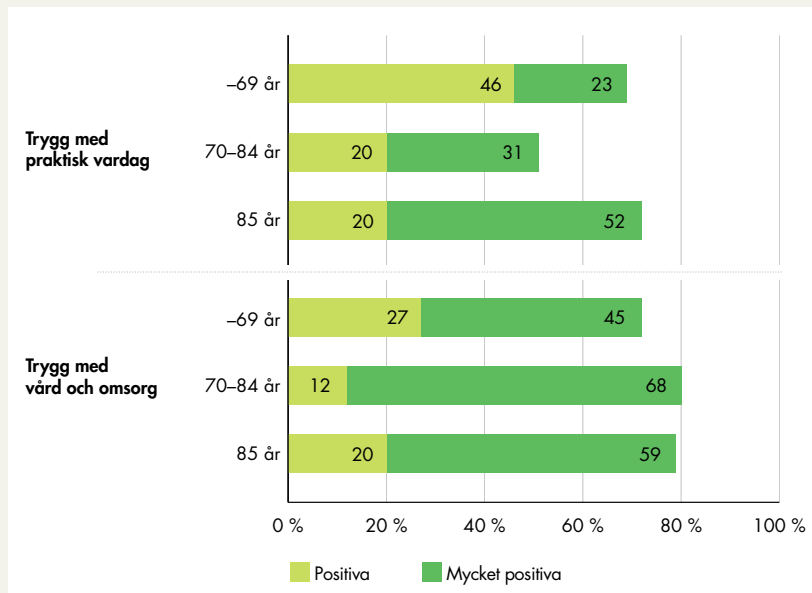


Källa: Pilotundersökning i Kalmar län, samordningsenkäten och den ordinarie enkäten.

(forts.)

En uppdelning på olika åldersgrupper visar att det är ungefär lika stor andel som är trygga med sin vård och omsorg. Däremot är det en lägre andel (51 procent) som känner sig trygga med att klara sin praktiska vardag direkt efter utskrivningen i åldersgruppen 70–84 år jämfört med den yngre och äldre åldersgruppen, där andelen som känner sig trygga är runt 70 procent (statistiskt signifikant skillnad). Det skulle kunna bero på att gruppen 70–84 år i stor utsträckning fortfarande bor hemma, men har växande svårigheter att klara sig själva. En större undersökning skulle kunna ge svar på hur boendeformen påverkar tryggheten att klara sin praktiska vardag efter en sjukhusvistelse.

**Figur 25.** Kände du dig trygg med att klara din praktiska vardag respektive din vård och omsorg direkt efter sjukhusvistelsen?



Källa: Pilotundersökning i Kalmar län, samordningsenkäten och den ordinarie enkäten.

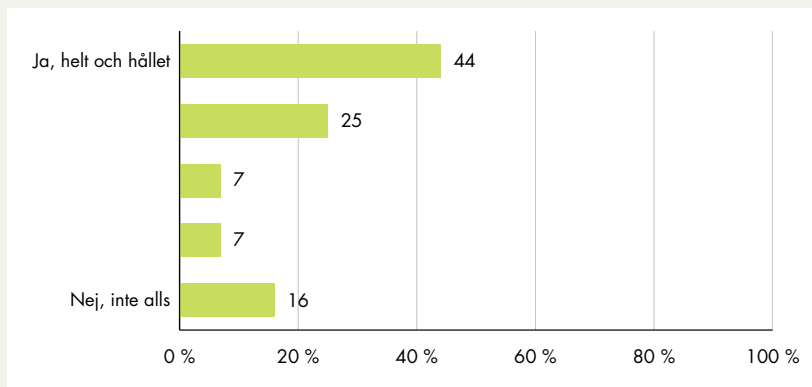
Bland de patienter som kände smärta eller oro och ångest direkt efter sjukhusvistelsen var det 71 respektive 74 procent som upplevde att de fick mycket bra eller bra hjälp från vården eller omsorgen. Men det betyder också att en del patienter upplevde att smärtlindringen eller det känslomässiga stödet inte fungerade bra. 14 procent uppger att det känslomässiga stödet fungerade mycket dåligt eller dåligt, medan 11 procent tyckte att hjälp med smärtlindring fungerade mycket dåligt eller dåligt.

### De flesta upplevde att de var delaktiga i planeringen

Vi har frågat patienterna om de upplever att de har varit involverade i planeringen av sin vård och omsorg. 69 procent gav positiva svar på frågan om delaktighet i planeringen av den vård och omsorg som de skulle få efter sjukhusvistelsen. 69 procent gav också positiva svar om delaktigheten i planeringen i dagsläget, det vill säga när enkäten besvarades (figur 26 och 27).

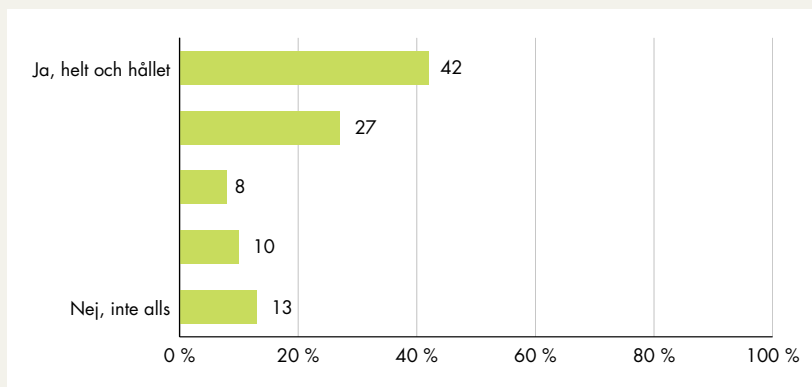
(forts.)

**Figur 26.** Upplevde du att du fick vara med och planera den vård och omsorg som du skulle få efter sjukhusvistelsen?



Källa: Pilotundersökning i Kalmar län, samordningsenkäten, n=55 svar.

**Figur 27.** Upplever du att du får vara med och planera din fortsatta vård och omsorg, så mycket som du själv känner att du kan och vill?



Källa: Pilotundersökning i Kalmar län, samordningsenkäten, n=48 svar.

### Mindre än hälften hade en dokumenterad plan

Enligt lagen ska en samordnad individuell plan tas fram om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst. I enkäten uppgav 45 procent av patienterna att de har en dokumenterad vård- och omsorgsplan (figur 28).

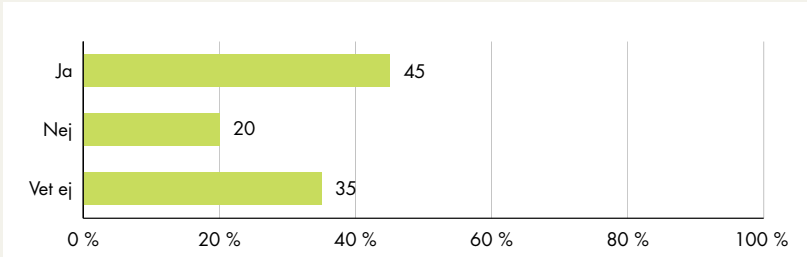
Våra intervjuer med patienter visar relativt få patienter känner till begreppet SIP. Vi har därför valt att använda begreppet vård- och omsorgsplan i enkäten. En observation som vi gör är att trots att mindre än hälften av patienterna uppger att de har en plan, så anser majoriteten av patienterna att samordningen fungerar (se ovan). Samtidigt är det 35 procent som uppger att de inte vet om de har en plan eller inte. Även om planen kanske är framtagen utan patienten känner till den, anser vi att det är ett problem att en relativt stor andel inte har vetskap om den.

(forts.)



Vår enkät till socialchefer, MAS, primärvårdschefer och samordnare för regionerna visar att planering genom SIP har ökat sedan lagen infördes. Men det saknas nationell statistik för att beskriva hur många SIP som görs i landet. I kapitel 15 redovisar vi en fördjupad analys av planering och SIP.

**Figur 28.** Har du en dokumenterad vård- och omsorgsplan för den vård och omsorg som är planerad för dig? (Planen kallas ibland SIP, samordnad individuell plan.)



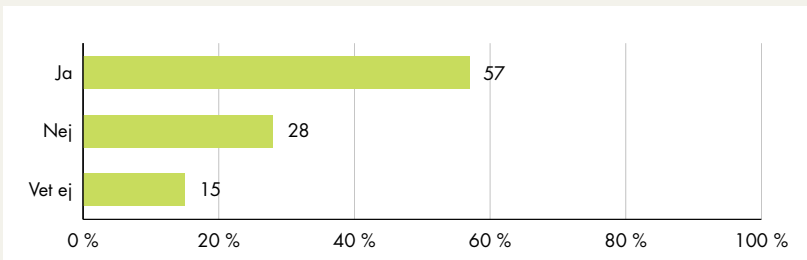
Not: Våra intervjuer med patienter visar relativt få patienter känner till begreppet SIP. Vi har därför valt att använda begreppet vård- och omsorgsplan.

Källa: Pilotundersökning i Kalmar län, samordningsenkäten, n=60.

### Knappt 60 procent har en fast vårdkontakt

Enligt lagen ska regionens öppenvård utse en fast vårdkontakt för de patienter som vid inskrivningen i slutenvården kan komma att behöva insatser från socialtjänsten. I vår enkät anger 57 procent av patienterna att de har en fast vårdkontakt (figur 29). I kapitel 13 redovisar vi en fördjupad analys av fast vårdkontakt.

**Figur 29.** Har du en fast vårdkontakt?



Not: Vi har använt definitionen: "en person som du kan vända dig till för information om din vårdssituation och som hjälper dig att samordna dina vård- och omsorgskontakter".

Källa: Pilotundersökning i Kalmar län, samordningsenkäten, n=61.

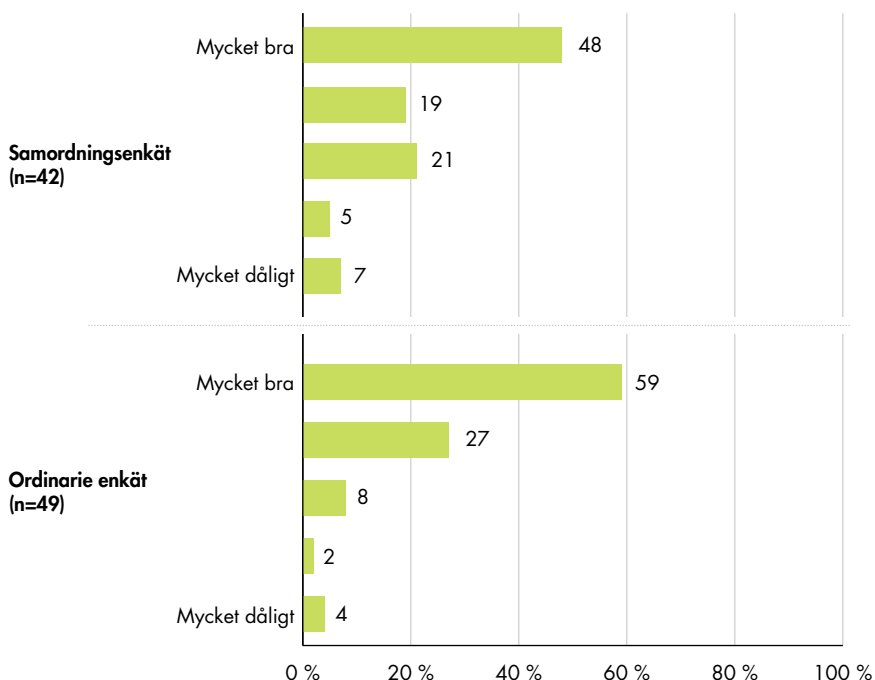


## 6.8 HUR HAR PILOTUNDERSÖKNINGEN FUNGERAT?

En relativt stor andel av patienterna svarade *Ej aktuellt* på frågan om hur samordningen har fungerat direkt efter utskrivningen. Detta trots att urvalet har inriktats mot de patienter som är i behov av samordning. En hypotes är att urvalet inte har varit tillräckligt precist. En annan är att behoven av vård och omsorg har minskat efter sjukhusvistelsen. Med tanke på patienternas relativt höga ålder tror vi att den första förklaringen är den mest troliga.

Partiellt bortfall (när en patient har hoppat över att besvara en fråga) kan vara ett tecken på svårigheter att förstå eller besvara frågan. Överlag är det inget partiellt bortfall eller bara enstaka personer som hoppat över en fråga. Tre av frågorna finns i båda enkäterna och borde visa samma resultat, eftersom det är två slumpmässiga urval. Resultaten visar ändå att frågan om hur samordningen fungerar i dagsläget har en signifikant skillnad på 67 procent, som anger de två högsta alternativen i samordningsenkäten, och 86 procent i den ordinarie enkäten (figur 30). Det beror förmodligen på att frågan i samordningsenkäten ligger direkt efter två frågor om smärta samt oro och ångest, som inte ingår i den ordinarie enkäten. För att få likvärdiga

**Figur 30.** Frågan "Om du har behov av olika sorters vård eller omsorg i dagsläget, hur upplever du att samordningen fungerar?", uppdelad på enkättyp.



Källa: Pilotundersökning Kalmar län oktober 2019, samordningsenkät och den ordinarie enkäten.

svar bör samordningsfrågan flyttas, så att den placeras på samma plats som de tre frågor som ingår i den ordinarie enkäten.

Om skillnaden mellan våra två enkäter beror på att urvalspersonerna i ena gruppen råkar vara lite friskare än i den andra, borde denna skillnad återspeglas även i svaren för andra frågor. Men i frågan om man kände sig trygg med den praktiska vardagen är det något fler nöjda i samordningsenkäten (inte signifikant skillnad) och i frågan om man kände sig trygg med vården och omsorgen är andelarna lika.

Vår bild är att pilotundersökningen har fungerat väl på det hela taget. Frågorna som använts har potential att användas för att få en förståelse för hur brukare och patienter uppfattar samordningen och de olika delar som lagen innehåller.

De kognitiva intervjuerna med patienter som vi genomförde i samband med att vi tog fram enkätfrågorna visar på utmaningar med att följa upp samordning. Ett exempel gäller begreppet omsorg, som de intervjuade inte hade en tydlig bild av vad det innebär. I vår enkät hade vi en förklarande text för att definiera vad vi menade med vård och omsorg. Förklarande information från enkäten:

- Med vård menar vi den vård och behandling som ges av till exempel en avdelning eller mottagning på sjukhuset, vårdcentral, hälsocentral eller hemsjukvård.
- Med omsorg menar vi den omsorg och de tjänster som ges av till exempel hemtjänst, korttidsboende eller särskilt boende (äldreboende, vård- och omsorgsboende eller motsvarande).

Eftersom en del förändringar gjordes och några nya frågor kom till efter testningen, rekommenderar vi att nya kognitiva intervjuer genomförs på det slutliga enkätförslaget innan studien genomförs i större skala. Erfarenheterna från vår pilotstudie visar på vikten av att kvalitetssäkra frågorna och diskutera resultaten tillsammans med verksamheter och patienter, brukare och närstående.



## 6.9 SKR:S PUNKTMÄTNING I WEBBKOLLEN BEKRÄFTAR VÅRA RESULTAT

Inom ramen för SKR:s samt kommuners och regioners utvecklingsarbete med lagen genomfördes en punktmätning i 12 län under 18–22 november 2019. I samband med utskrivningen tillfrågades patienter om de ville delta i undersökningen. En regionalt utsedd person på varje sjukhus ringde sedan upp patienter 3–7 dagar efter utskrivningen. Undersökningen avsåg enbart personer som skrevs ut till ordinärt boende. Det skiljer sig från vår pilotstudie som riktades till samtliga patienter som hade behov av samordning, oavsett boendeform.

Det totala antalet patienter i landet som intervjuades var 394 personer. Antal svar per region varierade mellan 10 till 88 (tabell 6). Webb kollens enkätfrågor redovisas i bilaga 3. Resultatet från Webb kollen redovisas i faktarutan nedan.

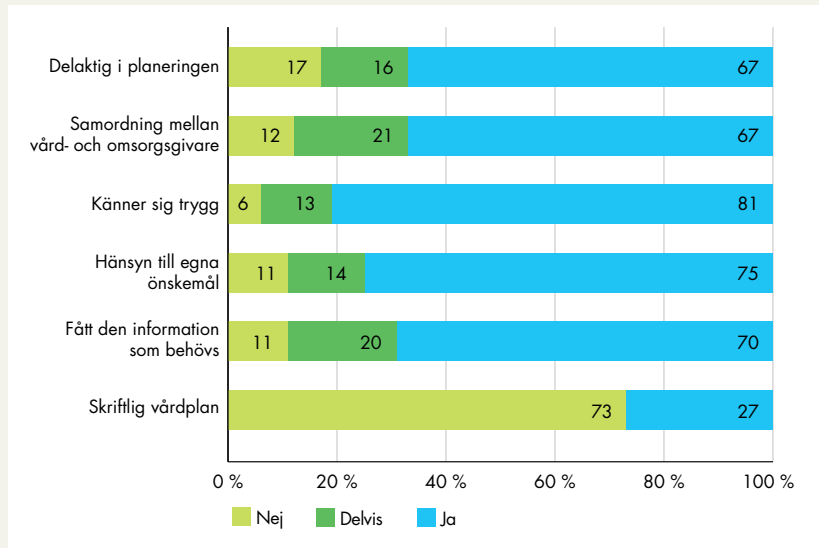
**Tabell 6.** Antal svar i Webb kollen.

| Län          | Antal svar |
|--------------|------------|
| Blekinge     | 19         |
| Dalarna      | 88         |
| Gotland      | 10         |
| Halland      | 24         |
| Jönköping    | 20         |
| Kronoberg    | 24         |
| Norrbottn    | 43         |
| Sörmland     | 43         |
| Värmland     | 35         |
| Västerbotten | 24         |
| Örebro       | 48         |
| Östergötland | 16         |

Källa: SKR 2019.

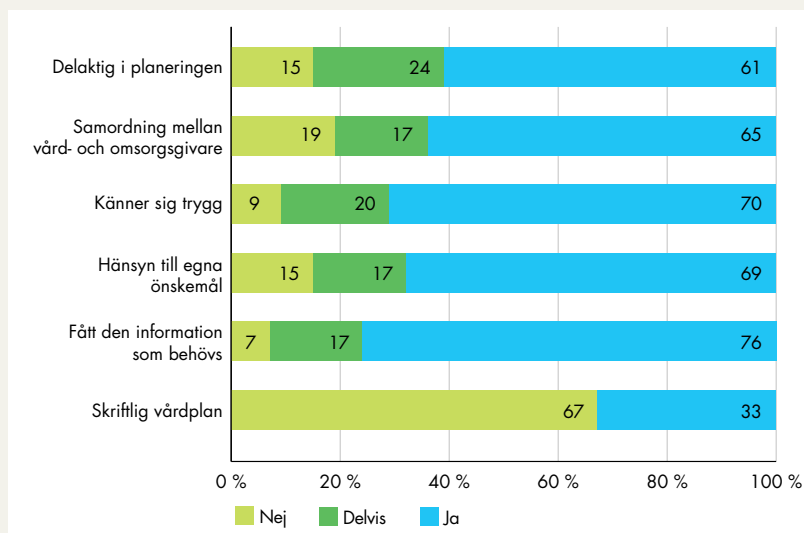
**Faktaruta.** Resultat från Webbkollen

Resultaten från Webbkollen bekräftar bilden i vår pilotundersökning. De flesta patienter upplever att de är delaktiga i sin planering, att samordningen mellan olika omsorgsgivare fungerar, att deras önskemål har tillgodosetts och att de känner sig trygga.

**Figur 31.** Resultatet från Webbkollen, somatisk vård.

Källa: SKR 2020.

Även en majoritet av patienterna som har deltagit i SKR:s undersökning i Webbkollen och som skrivs ut från den psykiatriska slutenvården upplever att de är delaktiga i sin planering, att samordningen mellan olika omsorgsgivare fungerar, att deras önskemål har tillgodosetts och att de känner sig trygga (figur 32).

**Figur 32.** Resultatet från Webbkollen, psykiatrisk vård.

Källa: SKR 2020.



I Webbkollen ställdes även frågan om patienterna hade en fast vårdkontakt. 76 procent av patienterna inom psykiatrin och 46 procent av patienterna inom den somatiska vården svarade att de hade en fast vårdkontakt. Jämfört med vår pilotundersökning är den en lägre andel av patienterna som angav att de hade en skriftlig vårdplan. En möjlig förklaring till det är att alltmer planering sker i hemmet sedan lagen infördes. Undersökningen genomfördes relativt tätt inpå utskrivningen, vilket innebär att det inte är säkert att ett planeringsmöte eller en SIP hade genomförts vid intervjutillfället.

Antalet svar i Webbkollen är få i förhållande till antalet patienter som skrivs ut från slutenvården i de 12 län som har deltagit. För att nå en svarsfrekvens som ger representativa resultat på nationell nivå krävs fler svar än vad som har genererats i den här undersökningen, vilket skulle kräva en stor arbetsinsats från personalen som genomför intervjuerna. SKR planerar att genomföra en ytterligare mätning under hösten 2020 i Webbkollen.

# Effekter på betalningsansvar och resurser







## Betalningsansvar

I det här kapitlet studerar vi vilka effekter lagen har haft för kommunernas betalningsansvar. De viktigaste resultaten är:

- De flesta socialchefer uppger att kommunerna har oförändrade kostnader för betalningsansvar. I var femte kommun uppger de att kostnaderna för betalningsansvaret har ökat, och i något fler kommuner har kostnaderna minskat.
- De ekonomiska incitamenten i betalningsansvaret uppfattas i vissa kommuner ha haft stor påverkan. I andra kommuner har de haft mindre betydelse, bland annat eftersom patienter skrivits ut snabbt även innan lagen infördes.
- Betalningsmodeller uppfattas både kunna främja och hindra samverkan, beroende på hur de utformas.
- Kommuner uppfattar att det behövs tydligare krav på regionens skyldigheter och åtaganden i utformningen av betalningsansvaret.

Kapitlet bygger på intervjuer med personal och chefer från kommuner, slutenvård och primärvård, exempelvis biståndshandläggare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, enhetschefer och verksamhetschefer. Kapitlet baseras också på vår enkätstudie där regionens samordnare, kommunens socialchefer, MAS och verksamhetschefer i primärvården har deltagit.



### Vad säger lagen om kommunens betalningsansvar?

I bestämmelserna om kommunens betalningsansvar framgår att kommunen betalar ersättning till en region för en patient som läkaren har bedömt är utskrivningsklar (5 kap. 1 § LoSUS). För att kommunens betalningsansvar ska inträda ska ett antal villkor vara uppfyllda enligt 5 kap. i LoSUS.

- Den slutna vården måste ha underrättat kommunen om att patienten har skrivits in i slutna vård.
- Den slutna vården måste 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 regionfinansierade öppna vården har kallat till en sådan planering (5 kap. 3 § LoSUS).
- 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 regionfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga eller om det inte är klarlagt att insatserna är tillgängliga (5 kap. 5 § LoSUS).

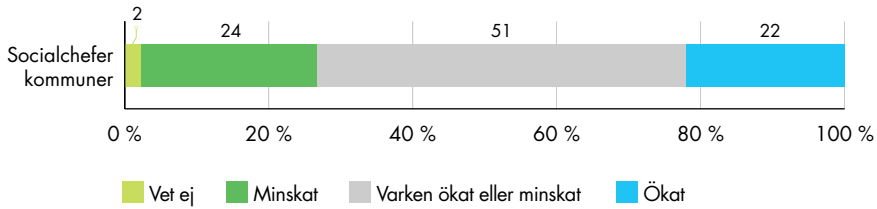
Regler om tidsfrist och belopp för kommunernas betalningsansvar är så kallade *dispositiva* regler. Det innebär att det är regler som kan avtalas bort, genom att kommuner och regioner kommer överens om andra belopp eller tidsfrister. Lagens bestämmelser fungerar då som en slags backup när kommunen och regionen inte har träffat sådana överenskommelser (prop. 2016/17:106). Enligt lagen inträder kommunens betalningsansvar 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 huvudmännen får som sagt komma överens om både kortare eller längre frister för när kommunens betalningsansvar ska inträda (prop. 2016/17:106).

Beloppet som kommunen ska betala, om någon överenskommelse inte finns om annat, ska motsvara genomsnittskostnaden i riket för ett vårddygn 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).

## 7.1 OFÖRÄNDRADE KOSTNADER FÖR BETALNINGSANSVAR I DE FLESTA KOMMUNER

De flesta socialchefer som har svarat på vår enkät anger att kostnaderna för kommunens betalningsansvar är oförändrade. I omkring var femte kommun har kostnaderna för betalningsansvaret ökat. En något högre andel anger att kostnaderna har minskat (figur 33).

**Figur 33.** Har kommunens kostnader för betalningsansvar förändrats sedan lagen infördes? Kostnaderna för betalningsansvar har:



Det finns olika tänkbara förklaringar till kommunernas varierande kostnader för betalningsansvar. En förklaring är att det finns en stor lokal och regional variation i hur snabbt patienter skrivs ut, vilket kan påverka utfallet av betalningsansvaret (se kapitel 4).

En anledning till att betalningsansvaret är oförändrat är att vissa kommuner tog hem utskrivningsklara patienter relativt snabbt även innan lagen infördes, visar våra intervjuer. Det innebar att vissa kommuner sällan hade betalningsansvar tidigare, och inte har det nu heller eftersom patienterna fortfarande tas hem snabbt.

En central anledning till att betalningsansvaret har minskat i vissa kommuner är att utskrivningsklara patienter tas hem snabbare, visar våra intervjuer. Att undvika betalningsansvar har också varit ett starkt incitament för snabbare utskrivningar, framhåller personal och chefer i kommunerna. Men även ur regionernas perspektiv har ekonomiska incitament och behovet att frigöra vårdplatser drivit på snabbare utskrivningar.

### 7.1.1 Olika betalningsmodeller kan påverka om betalningsansvaret faller ut eller inte

Det finns också andra orsaker till det varierande utfallet av betalningsansvar i kommunerna, till exempel utformningen av betalningsmodellerna. Vissa län har till exempel utformat betalningsmodeller som gör att betalningsansvaret sällan faller ut. Vår delrapport visade att huvudmännen har utformat betalningsansvaret på olika sätt och med olika villkor som ligger till grund för utformningen. Det finns tre övergripande lösningar, och de flesta län använder en genomsnittsmodell (Vårdanalys 2018):

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

Ett av de län som har en betalningsmodell som gör att betalningsansvaret sällan faller ut är Sörmland. Länet har en så kallad ”tillitsbaserad genomsnittmodell”. Det innebär att modellen baseras på att det genomsnittliga antalet utskrivningsklara dagar ska ha överstigit den fastställda tidsgränsen (3 dagar) tre månader i rad. Modellen baseras också på att olika insatser görs innan betalningsansvaret inträder. Till exempel ska kontinuerlig uppföljning och dialog ske mellan huvudmännen för att identifiera och åtgärda hinder så att patienter kan skrivas ut samma dag som de är utskrivningsklara. Det här tillvägagångssättet har enligt samordnare och kommunchefer i länet fått till följd att antalet utskrivningsklara dagar i länet har minskat kraftigt, samtidigt som betalningsansvaret aldrig fallit ut. Enligt kommunchefer i länet har kommunens minskade kostnader för betalningsansvar till viss del använts för att täcka de ökade kostnader som lagen har medfört för kommunerna (se också kapitel 8).

I andra län har betalningsmodellerna utformats så att betalningsansvaret oftare kan falla ut. Exempelvis utgår vissa län från beräkningsmodeller som baseras på lagens formuleringar av betalningsansvar med en individuell beräkningsmodell. Det innebär att betalningsansvaret inträder för varje enskild utskrivningsklar patient som stannat inom slutenvården mer än det avtalade antalet dagar (till exempel 3 dagar).

## 7.2 KOMMUNERNA EFTERFRÅGAR TYDLIGARE KRAV PÅ REGIONERNA

Hur betalningsansvaret ska utformas och tillämpas i praktiken är ett område som både socialchefer och MAS liksom andra chefer och personal i kommunerna anser vara i behov av förändring. Det har också varit föremål för både diskussioner och revideringar av länens överenskommelser (se bilaga 1 om utvecklingsarbete). Det handlar framförallt om de undantag från betalningsansvaret som kan göras om vissa insatser inte är uppfyllda, samt om vilket ansvar och vilka åtaganden respektive huvudman har i detta. Enligt lagen ska kommunens betalningsansvar *inte* inträda ”om patienten inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att *sådana insatser som den regionfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga, eller det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga*” (5 kap. 1–5 §§ LoSUS).

Vilka insatser och vilket ansvar regionerna har för att säkerställt att dessa är färdigställda innan en patient skrivs ut beskrivs ofta i överenskommelser och riktlinjer. Insatserna kan till exempel vara hjälpmedel, läkemedel slutdokumentation och läkemedelslistor.

Men personal från kommunerna upplever att slutenvården inte alltid följer sina åtaganden i praktiken. Det kan handla om att läkemedelslistor eller slutdokumentation inte är klara och kompletta när en patient skrivs ut, eller att nödvändiga hjälpmedel inte finns på plats. Många menar också att det i praktiken ställs otillräckliga krav på regionerna i utformningen av betalningsansvaret, samtidigt som kraven på kommunerna är höga.

” Det nämns i lagen att man kan göra undantag från betalningsansvaret om regionen inte gjort sitt, men det väger lätt.”

(kommunsamordnare)

För att komma till rätta med detta har man inom flera kommuner diskuterat de undantag som kan och ska göras från betalningsansvaret, om regionen inte gjort det den ska. Våra enkäter och intervjuer visar också att det finns en efterfrågan på att förtydliga regionens åtaganden och ansvar, exempelvis genom att begreppet *hemgångsklar* införs i överenskommelserna (se kapitel 11).

Flera MAS och socialchefer efterfrågar också ett omvänt betalningsansvar, om regionen inte har fullgjort sina skyldigheter. Det föreslås också gälla till exempel om patienter skrivits ut trots att de är för sjuka och återinläggs, eller om slutenvården ändrar utskrivningsdatum upprepade gånger eller med kort varsel. I en del län har ett omvänt betalningsansvar diskuterats också på högre ledningsnivåer i både regioner och kommuner.

” Betalningsansvaret borde kompletteras med omvända incitament och betalningsansvar för slutenvården om personer behöver återinläggas i onödan (...) Det borde också vara mer fokus på patientsäkerheten och tryggheten som styrande incitament inför tecknandet av lokala avtal. Det lokala avtalet fokuserar mer på effektivitet och hastighet i utskrivningsprocessen, vilket riskerar låg kvalitet och otrygghet.”

(MAS)

### 7.2.1 Betalningsmodeller kan både främja och hindra samverkan

Betalningsansvaret uppfattas både kunna hindra och främja samverkan, bland annat beroende på hur betalningsmodellerna utformas. I till exempel Sörmland menar chefer och samordnare att den ”tillitsbaserade betalningsmodellen” i länet har bidragit till bättre samverkan mellan huvudmännen genom den kontinuerliga dialog som enligt modellen ska



föras mellan huvudmännen. I andra län beskrivs betalningsansvaret snarare ha bidragit till att försvåra samverkan. Betalningsansvaret uppfattas där ha medfört ett ökat fokus på att avgränsa respektive huvudmans ansvar i syfte att undgå kostnader, istället för att samverka kring det gemensamma ansvaret för patienten. Flera socialchefer menar att betalningsmodellernas utformning i kombination med ekonomiska incitament på så sätt kan bidra till att patientens bästa inte alltid är i fokus.

” Kommunerna tar hem patienter eftersom det blir dyrt om de inte tar hem. Både kommuner och regioner har ekonomiska incitament att minska kostnader, men då har vi inte patientens bästa för ögonen.”  
(socialchef)

” Lagen har inneburit fokus på (...) att flytta pengar mellan varandra, i stället för att göra sådant som utvecklar vården och omsorgen. Diskussioner om pengar förbättrar inte för patienter. Vi borde sluta med betalningsansvar och samarbeta i stället. Den tid vi får över skulle innebära att vi kan jobba personcentrerat i stället.”  
(socialchef)







## Administration, arbetsbelastning och kostnader

I det här kapitlet beskriver vi vilka effekter lagen har haft på administration, arbetsbelastning och kostnader i slutenvården, primärvården och kommunerna. De viktigaste resultaten är:

- Lagen uppfattas ha lett till en ökad administration och arbetsbelastning inom främst primärvården och kommunerna. Men personalen anstränger sig för att patienter och brukare trots det ska få en trygg och säker vård.
- Lagen uppfattas ha lett till ökade behov av vård- och omsorgsinsatser, resurser, kompetens och personal i synnerhet i kommunerna men även i primärvården. Men det är svårt att dra slutsatser om lagens effekter på insatser och kostnader eftersom orsakssambanden är komplexa och det saknas relevant statistik.
- Kostnaderna för vård och omsorg för personer som skrivits ut uppges ha ökat i kommunerna och till viss del i primärvården. Slutenvårdens kostnader för samma patienter uppfattas ha minskat.
- Få vårdcentraler och inga kommuner har fått tillskott av ekonomiska resurser med anledning av lagen, enligt våra enkätsvar.
- Det finns ett behov av att utveckla uppföljningen, i synnerhet inom kommunerna men även för att kunna följa upp vård- och omsorgssystemet som en sammanhängande helhet.

Kapitlet bygger på intervjuer med personal och chefer från kommuner, slutenvård och primärvård, exempelvis biståndshandläggare, medicinskt

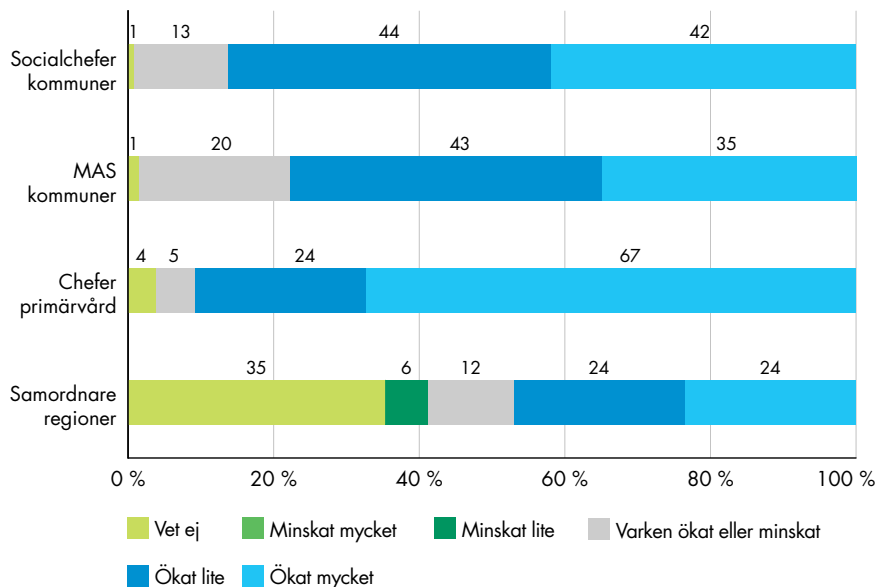


ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, enhetschefer och verksamhetschefer. Kapitlet baseras också på vår enkätstudie där regionens samordnare, kommunens socialchefer, MAS och verksamhetschefer i primärvården har deltagit, samt på statistik från Statistiska Centralbyrån (SCB), Socialstyrelsen, Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA) samt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

## 8.1 LAGEN HAR LETT TILL EN ÖKAD ADMINISTRATION

Lagen uppfattas ha lett till en ökning av administration för personalen inom primärvården och kommunerna, men även inom slutenvården, enligt vår enkät. En klar majoritet verksamhetschefer i primärvården (90 procent) menar att administrationen i primärvården har ökat. Mer än hälften av dem menar att administrationen har ökat mycket. Även socialchefer (86 procent) och MAS (78 procent) upplever i stor utsträckning att administrationen har ökat inom respektive verksamhet. Mer än var tredje anger att administrationen ökat mycket (figur 34).

**Figur 34.** Vilka effekter har lagen haft på administration för personalen? Administrationen har:



Not: Svar från samordnare för regionen avser slutenvården

Att administrationen för personalen uppges ha ökat på grund av lagen bekräftas i våra intervjuer: personal i slutenvård, kommuner och primärvård ger en samstämmig bild av att mer tid läggs på administrativa arbetsuppgifter jämfört med innan lagen infördes. Det beskrivs bland annat bero på att informationsöverföring och planering blivit mer omfattande och att det tar tid att bevaka, dokumentera och administrera information i it-systemen. Primärvårdens nya koordinerande roll nämns som en särskild orsak till den ökade administrationen inom primärvården.

” Professioner fastnar vid datorn och ständig bevakning av it-system tar tid, vår arbetstid går åt till administration.”

(hälso- och sjukvårdschef, kommun).

” Det tar tid att hålla koll på systemet. Vi tittar i (it- systemet) tre gånger per dag. Det blir mycket administration.”

(distriktssköterska, primärvård)

” Vi planerar och planerar och planerar. Det är en stor administrativ börda.”

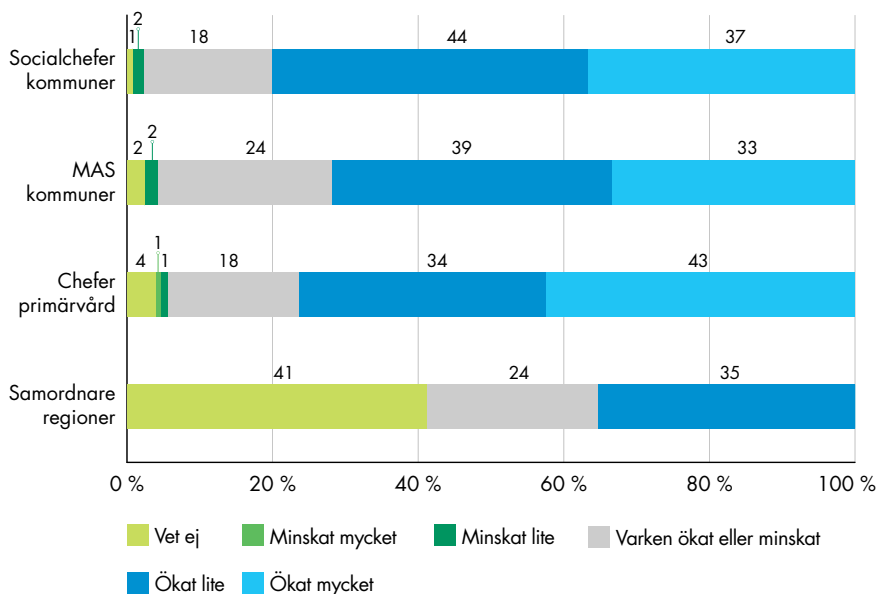
(biståndshandläggare, kommun).

Även om administrationen uppges ha ökat kan vi konstatera att lagen uppfattas ha bidragit till att förbättra informationsöverföringen och planeringen, särskilt mellan primärvård och kommunerna (se kapitel 14 och 15).

## 8.2 LAGEN HAR LETT TILL ÖKAD ARBETSBELASTNING

Arbetsbelastningen uppges ha ökat inom både primärvård och kommuner till följd av lagen, visar vår enkät. Mer än var tredje verksamhetschef i primärvården, MAS och socialchefer anger att arbetsbelastningen har ökat mycket inom respektive verksamhet sedan lagen infördes (figur 35).



**Figur 35.** Vilka effekter har lagen haft på arbetsbelastning för personalen (exklusive administrativt arbete)? Arbetsbelastningen har:

Not: Samordnare för regionen svarar för slutenvården

Bilden bekräftas i våra intervjuer: biståndshandläggare, hemtjänstpersonal, sjuksköterskor och arbets- och fysioterapeuter i kommuner och primärvård ger en samstämmig bild av att arbetsbelastningen och stressen har ökat sedan lagen infördes. Den ökade arbetsbelastningen har flera orsaker, visar våra intervjuer. En orsak är att utskrivningsprocessen går snabbare. Det innebär kortare tid för förberedelser, samtidigt som uppgifter som informationsöverföring och planering blivit mer omfattande och tar mer tid. För primärvården innebär uppdraget som fast vårdkontakt också att nya arbetsuppgifter tillkommit.

”Tempot har ökat radikalt. Från att vi hade några dagar på oss så kan vi nu en timme på oss. Hemtjänsten har också fått ett högre tryck.”  
(arbetsterapeut, kommun)

Personalen i kommuner uppger att stressen och arbetsbelastningen har ökat särskilt vid helger och helgdagar, eftersom patienter i högre utsträckning än tidigare skrivs ut då. Kommunerna har i varierande grad anpassat bemanningen för att klara av det ökade trycket vid helger.

” Man lägger klardatum på fredagar, det är stort tryck då. Vi kan ha 5 till 6 hemgångar en fredag eftermiddag på två team.”

(fysioterapeut, kommun)

En konsekvens av den ökade arbetsbelastningen inom kommuner och primärvård kan vara att andra insatser prioriteras ned eller inte blir av. Flera vårdcentraler beskriver att den ökade arbetsbördan har inneburit att man prioriterat ned insatser som till exempel hälsokontroller eller hembesök för andra målgrupper.

### 8.3 STÖRRE VÅRD- OCH OMSORGSBEHOV HOS PATIENTER OCH BRUKARE LEDER TILL ÖKAD ARBETSBELASTNING

En orsak till den ökade arbetsbelastningen för personalen i synnerhet inom kommunerna är att patienterna uppfattas ha ett större vård- och omsorgsbehov när de skrivs ut jämfört med innan lagen infördes. En anledning till att patienterna har ett större vård- och omsorgsbehov är att patienterna skrivs ut tidigare och får färre dagar på sjukhus för att återhämta sig, menar många i kommunerna. Patienterna är därför mer medtagna och sköra när de kommer hem, menar många.

” Många gånger kommer det hem personer som har större behov av omvårdnad än vad vi har haft tidigare, när de har legat kvar lite längre på sjukhuset. De som låg på sjukhus förut sköter vi ju hemma i dag.”

(hälso- och sjukvårdschef, kommun)

Det finns även de som menar att patienterna har större medicinska behov och i lägre grad än tidigare är medicinskt färdigbehandlade när de skrivs ut. Samtidigt framhåller många att den här utvecklingen har pågått en längre tid, och inte bara går att härleda till lagen.

” Vi tar ju hand om väldigt många fler nu som egentligen inte är tillräckligt medicinskt färdigbehandlade och återställda. Siffran för återinläggning är ganska långt från sanning, för vi tar hand om jättemånga hemma för att de ska slippa åka tillbaka till sjukhuset.”

(MAS, kommun)



## 8.4 ÖKAT BEHOV AV PERSONAL OCH MEDICINSK KOMPETENS I KOMMUNERNA

De ökade vård- och omsorgsbehoven hos patienter och brukare har bidragit till ökad arbetsbelastning, men även till ett ökat behov av personal, särskilt i kommunerna. I synnerhet har behoven ökat av personal som har god medicinsk kompetens, visar både vår enkät och våra intervjuer. Personal och chefer i kommunerna beskriver exempelvis ett ökat behov av erfarna och specialiserade sjuksköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården. Många menar också att det finns ett stort behov av undersköterskor inom hemtjänsten. Behovet av arbetsterapeuter och fysioterapeuter har också ökat till följd av lagen, menar många. Samtidigt har behoven av personal med rätt kompetens funnits även innan lagen infördes, påpekar flera vi intervjuat.

” Arbetsuppgifter som sjuksköterskorna har gjort inom slutenvården gör i dag undersköterskor och vårdbiträden i kommunen. Det här är något som är en jätteutmaning för vi har en kompetensbrist hos våra undersköterskor.”

(MAS, kommun)

” Vi har inte så många som är vana att ta emot den här svårighetsgraden på vissa brukare och patienter. Vi behöver ha en annan kompetensförsörjning, och vi behöver öka kompetensen hos vår personal i hemtjänsten.”

(hemtjänstchef, kommun)

Vissa kommuner anger också att de har utökat bemanningen sedan lagen infördes, medan man på andra håll inte ser några större förändringar i bemanning.

” Vi har utökat bemanningen med både arbetsterapeuter och fysioterapeuter i ordinärt boende, och sjuksköterskor på korttidsboenden. Vi ligger nästan konstant med en bemanning över budget.”

(hälso- och sjukvårdschef, kommun)

Verksamhets- och enhetschefer i flera kommuner pekar på att det ökade behovet av bemanning och personal med medicinsk kompetens inom kommunerna inte alltid kan mötas, bland annat beroende på svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens.

## 8.5 PERSONALEN ANSTRÄNGER SIG FÖR ATT PATIENTER OCH BRUKARE INTE SKA DRABBAS

Även om lagen har medfört en ökad arbetsbelastning och stress för personalen i kommuner och primärvården ger våra intervjuer en tydlig bild av att personalen anstränger sig för att patienter och brukare inte ska påverkas av det, utan få en bra och trygg utskrivning. Det innebär också att patienter och brukare sällan märker de negativa effekterna lagen fått för personalen i verksamheterna, påpekar personal inom både slutenvård, primärvård och kommuner.

” Vi löser problemen när patienterna kommer hem för snabbt och på obekväma tider. Vi slår knut på oss själva och bara löser det för att göra det bra för patienterna. Men det har blivit en försämring i arbetsmiljön.”

(biståndshandläggare, kommun)

” Kommunens personal tar stort ansvar, de "överansvarar" nästan. De fixar och trixar och springer benen av sig.”

(läkare, primärvård)

” Vi är problemlösare och vi försöker lösa situationens så gott det går. För patienterna är det nog ok fast det går för fort, för vi löser problemen.”

(sjuksköterska, hemsjukvård)

Samtidigt menar många att den ökade arbetsbelastningen och stressen inte är hållbar på längre sikt. Hög arbetsbelastning och dålig arbetsmiljö kan leda till ohälsa bland personalen och minska möjligheterna till bemanning och kompetensförsörjning, påpekar många. Det riskerar att i slutändan drabba patienter och brukare. En god arbetsmiljö är därför viktigt både för att kunna rekrytera och behålla personal, och för att personalen ska kunna ta hand om patienter och brukare på ett bra sätt.

## 8.6 INSATSER I KOMMUNERNA UPPGES HA BLIVIT MER OMFATTANDE

Vår enkät och våra intervjuer visar att behovet av vård- och omsorgsinsatser uppges ha ökat. Det framgår också att insatserna generellt blivit mer omfattande och mer avancerade. Det menar personal och chefer i flera



kommuner. Men denna bild går heller inte alltid att belägga med den nationella statistik som finns.

” Det blir mer hjälpmedel, mer hemtjänst, planeringen tar mer tid. Vi blev tagna på sängen att det blev så stor förändring. Att det tog så mycket resurser, framför allt i hemtjänsten.”

(MAR, kommun)

I flera kommuner beskriver man att antalet personer som beviljas hemsjukvård samt som korttidsboenden och särskilda boenden har ökat. Även omfattningen av olika insatser beskrivs ha ökat. Till exempel har fler hemtjänsttimmar beviljats, enligt chefer i olika kommuner. Inom den kommunala sjukvården ser cheferna också ett ökat behov av andra resurser, till exempel medicinskteknisk utrustning och hjälpmedel i hemmet.

” Sedan lagen infördes har timmarna i hemtjänsten ökat. Det har vi gjort analys på. Vi bemannar upp motsvarande timmar. Det beror på att vi har fler personer hemma som tidigare har legat på sjukhuset.”

(hemtjänstchef, kommun)

Men i en del kommuner menar man att lagen inte lett till några större förändringar i de insatser som ges. Andra menar att behoven av insatser visserligen har ökat men att behoven inte alltid kan mötas med utökade insatser. Bristen på resurser, exempelvis på personal eller på platser på korttidsboenden och särskilda boenden kan vara en anledning till det. Utvecklingen av kommunala insatser är också svår att härleda till enbart lagen eftersom utvecklingen pågått en längre tid, även innan lagen infördes, framhåller personal i kommunerna.

## 8.7 SVÅRT DRA SLUTSATSER OM LAGENS INVERKAN PÅ INSATSER I KOMMUNER

Att vård- och omsorgsinsatserna i kommunerna har ökat i omfattning och antal samt fått ett mer avancerat innehåll går inte att utläsa ur den nationella statistik som finns. Det beror delvis på att det i hög grad saknas statistik om kommunala insatser, och i synnerhet om de kommunala hälso- och sjukvårdsinsatserna. Det har även utredningen "Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)" visat på. Det finns därför ett behov av att utveckla uppföljningen i synnerhet av den kommunala hälso- och sjukvården.



**Faktaruta.** Vad är kommunal hälso- och sjukvård?

Med kommunal hälso- och sjukvård avses den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för. Kommunerna har ett ansvar för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer, dagverksamhet och hemsjukvård i ordinärt boende. Ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende och i så kallat biståndsbedömt trygghetsboende förutsätter att kommunen har kommit överens med regionen (12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen[2017:30]). I den kommunala hälso- och sjukvården finansierar kommunen insatser utförda av bland annat sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, vilket är de vanligast förekommande professionerna. Läkare finansieras av regionerna.

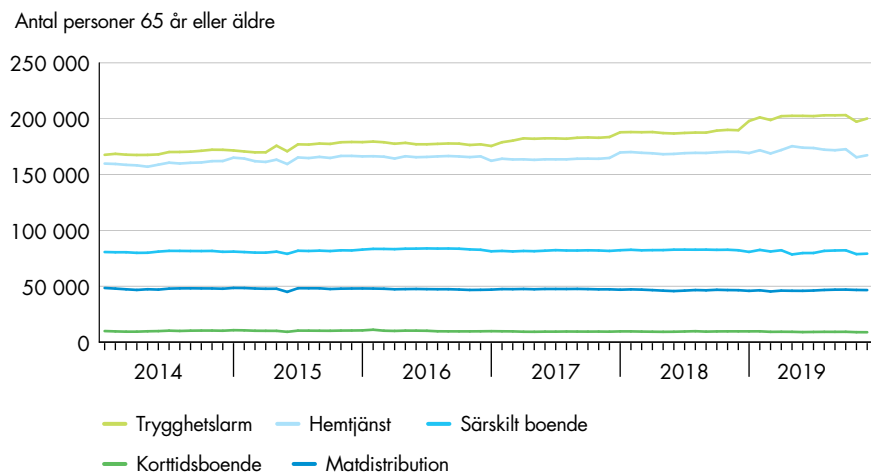
Källa: Socialstyrelsen 2018.

Fram tills nyligen var det till exempel främst uppgifter om antalet personer som fick insatser som sammanställts nationellt, men i lägre grad uppgifter om omfattningen av eller innehållet i de insatser som har beviljats, som kan spegla om insatserna har blivit mer omfattande och avancerade. De hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av socialtjänstens personal, exempelvis inom hemtjänsten är särskilt svårt att följa upp. Det saknas också uppgifter om vilka insatser inom kommunen som ges av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Socialstyrelsen beräknar kunna publicera statistik på området 2021 (S 2017:01).

Socialstyrelsen och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA) sammanställer statistik om hur många personer som har beviljats olika insatser, till exempel antalet som beviljats hemtjänst, matdistribution, trygghetslarm, korttidsplatser och särskilt boende. Baserat på dessa uppgifter kan vi inte utläsa några större förändringar. Antalet individer som beviljats särskilt boende, korttidsboende och matdistribution har legat på en relativt konstant nivå mellan 2014 och 2019. Vi ser en liten ökning i antalet beviljade trygghetslarm och hemtjänst, särskilt för trygghetslarm. Samtidigt säger den här statistiken lite om omfattningen av eller innehållet i insatserna (figur 36).



**Figur 36.** Antal personer 65 år eller äldre med beviljade insatser från kommunerna, riket, 2014 till 2019.



Källa: Socialstyrelsen 2019

Även när vi tittar på det genomsnittliga antalet beviljade hemtjänsttimmar per brukare och månad har de varit relativt konstanta de senaste åren: 34 timmar 2016 och 33 timmar 2018 (RKA, Kolada 2019). Samtidigt finns en stor variation inom kommunerna: Det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar per brukare och månad varierade mellan 1 och 80 timmar år 2018.

Statistiken har också flera begränsningar och brister. Registreringsrutinerna skiljer sig åt och det finns ett bortfall i kommunernas inrapportering. Det medför osäkerheter i den nationella bilden. Det innebär sammantaget att det skulle behövas fördjupade analyser för att kunna dra slutsatser om vad som påverkar omfattningen av insatser i olika kommuner.

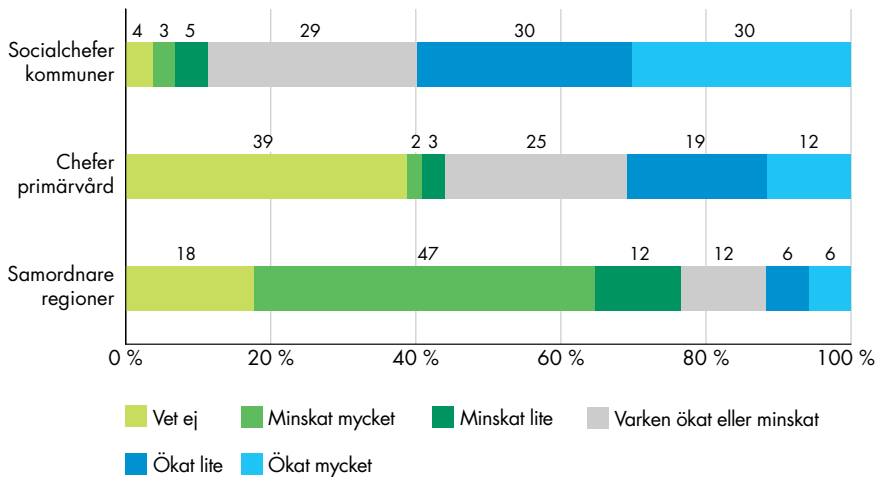
Även om relevant och tillförlitlig nationell statistik hade funnits över omfattningen och innehållet i insatserna hade det varit svårt att slå fast orsakssambandet mellan lagens effekter och utvecklingen av insatserna. Det beror på att det finns många tänkbara faktorer som kan påverka kommunernas insatser. Exempelvis kan resurstillgång och prioriteringar liksom effektiviseringar påverka de insatser som görs eller inte görs. Det gör sammantaget att det är svårt att följa upp lagens konsekvenser, i synnerhet för kommunerna.

## 8.8 KOSTNADER UPPGES HA ÖKAT I FRAMFÖRALLT KOMMUNERNA

Vår enkät visar att lagen uppfattas ha medfört att kostnaderna för vård och omsorg har ökat i kommunerna men även till viss del i primärvården. Men bilden är också delad.

Över hälften (60 procent) av socialcheferna uppger att kostnaderna för patienter och brukare som skrivits ut från slutenvården har ökat till följd av lagen, och en tredjedel uppger att kostnaderna har ökat mycket. Men en tredjedel (29 procent) anser att det inte har skett några större förändringar. Kostnaderna beskrivs också ha ökat inom primärvården om än inte i lika stor utsträckning. Drygt var tredje verksamhetschef i primärvården uppger att kostnaderna har ökat, medan var fjärde uppger att kostnaderna är oförändrade. Knappt två femtedelar av verksamhetscheferna i primärvården har ingen uppfattning. En majoritet av samordnarna menar att slutenvårdens kostnader har minskat (figur 37).

**Figur 37.** Kostnader för vård och omsorgsinsatser för utskrivna patienter och brukare.



Fotnot: Samordnare för regionen svarar för slutenvården

Våra intervjuer visar också på en delad bild av kostnadsutvecklingen. På flera håll menar man att resursbehoven och även kostnaderna har ökat, medan man på andra håll inte ser denna utveckling. I vissa län har man gjort uppföljningar och kunnat konstatera att kostnaderna inte har ökat nämnvärt. Men många framhåller också att det är svårt att dra slutsatser om lagens effekter på kostnaderna. Det beror bland annat på att det är svårt att veta om det är lagen som bidragit till kostnadsförändringar eller om det också har andra orsaker.

## 8.9 SVÅRT ATT DRA SLUTSATSER OM KOSTNADER

Det är svårt att fastställa ett orsakssamband mellan lagen och kostnadsutvecklingen. Det finns flera faktorer förutom lagen som kan tänkas påverka eventuella förändringar i kostnader; exempelvis den demografiska utvecklingen, resurstillgången, prioriteringar samt effektiviseringar. Det innebär också att ökade behov och/eller utökade insatser inte alltid leder till ökade kostnader.

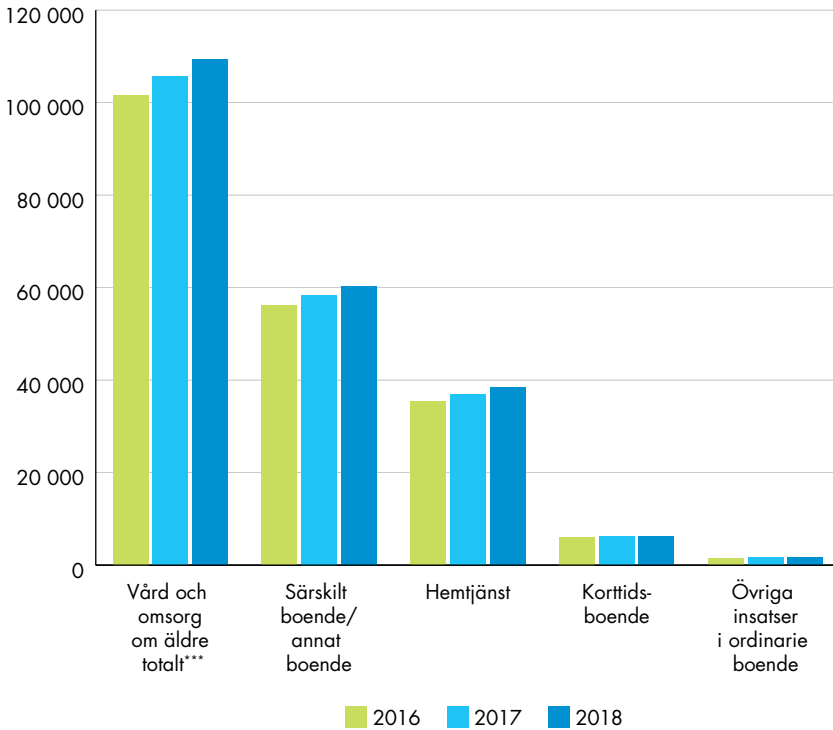
Svårigheterna att dra slutsatser om kostnader beror också på att det finns en brist på detaljerade uppgifter om kostnader, i synnerhet i den kommunala hälso- och sjukvården. Vi återkommer till det. Trots dessa svårigheter ser vi ett värde i att sätta införandet av lagen i ett större sammanhang och titta på hur den kostnadsutvecklingen har sett ut under en längre tidsperiod. I skrivande stund saknas uppgifter om kostnader för 2019 och delvis för 2018. I avsnitten nedan tittar vi därför på kostnadsutvecklingen för kommunerna vård och omsorg och regionernas hälso- och sjukvård fram till 2018, året då lagen infördes. Vi tittar på kostnadsutvecklingen i löpande priser, det vill säga kostnaderna är inte justerade för generella kostnadsökningar och inflation. Det ger inte en helt rättvisande bild över utvecklingen. Men eftersom vi utgår från samma uppgifter (nettokostnader, löpande priser) för samtliga områden ger det ändå en uppfattning om kostnadsutvecklingen.

### 8.9.1 Kostnaderna i kommunerna ökade även innan lagen infördes

Statistiska centralbyråns (SCB) statistik visar att kostnaderna för kommunal vård och omsorg för äldre har ökat under en längre tid, även innan lagen infördes. I skrivande stund finns bara statistik från SCB fram till och med 2018, det vill säga samma år som lagen infördes. Statistik från SCB som avser 2019 publiceras sommaren 2020 (figur 38).

**Figur 38.** Kostnader\* i kommunerna för vård och omsorg för äldre\*\*, 2016 till 2018, Mnkr, löpande priser.

Miljoner kronor, löpande priser



Källa: SCB 2020

\* Nettokostnad: Bruttokostnad exklusive externa och interna intäkter (bruttointäkt), löpande priser. Sammanställda uppgifter om nettokostnader ej tillgängliga före 2016.

\*\* Kommunernas kostnader för vård- och omsorgsinsatser enligt Sol och HSL för personer 65 år och äldre (födda 1954 eller tidigare). Exkl. äldre med funktionsnedsättning och de som får insatser enligt LSS.

\*\*\* Vård och omsorg om äldre totalt avser särskilt boende, hemtjänst, korttidsboende, övriga insatser, dagverksamhet och öppen verksamhet för äldre.

En trolig förklaring till ökningen är att allt fler äldre personer får kommunal hälso- och sjukvård och omsorg till följd av den demografiska utvecklingen. Men det finns också en stor variation i kommunernas kostnader för olika insatser. Till exempel varierade kostnaden per invånare för hemtjänst för personer över 65 år mellan cirka 10 000 kr och över 40 000 kr år 2018 (Socialstyrelsen 2019). Kommunernas rutiner för registrering och statistikföring skiljer sig också åt, vilket gör uppgifterna svåra att jämföra. Det innebär att det skulle behövas fördjupade analyser för att kunna dra slutsatser om vad kostnadsutvecklingen i olika kommuner beror på.



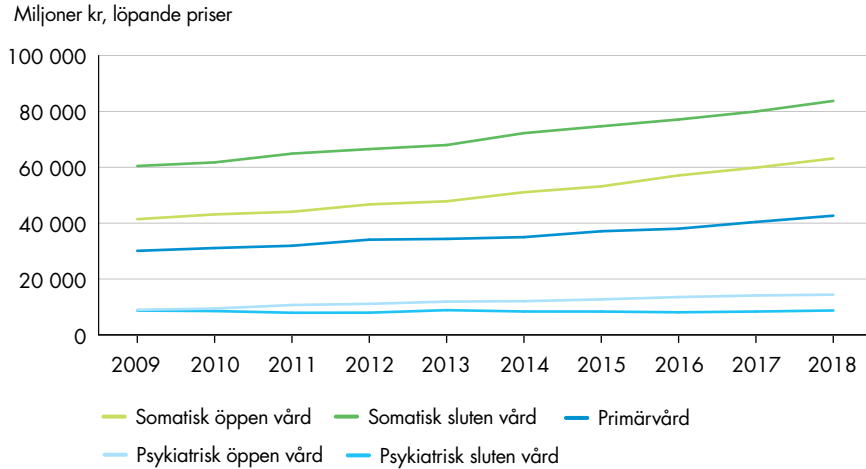
En annan utmaning med att dra slutsatser om lagens inverkan på kommunernas kostnader är att det, precis som när det gäller kommunala insatser, i hög grad saknas nationell statistik, i synnerhet om de kommunala hälso- och sjukvårdsinsatserna. Det har även andra utredningar visat på (S 2017:01). Kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader separeras till exempel inte från andra kommunala kostnader, utan inkluderas ofta i andra områden såsom "omsorg", "funktionshinder" och "övrigt". Vi ser därför ett behov av att utveckla möjligheterna att följa upp de insatser som görs, givet brukarens behov, samt vilka kostnader det medför i synnerhet inom kommunernas hälso- och sjukvård men även inom socialtjänst. Det är en förutsättning för att kunna dra slutsatser om lagens effekter på kostnadsutvecklingen och om resursbehoven.

### **8.9.2 Ökande kostnader för regionernas somatiska vård även innan lagen infördes**

En trolig förklaring till att kostnader för slutenvården uppfattas ha minskat till följd av lagen är att patienter skrivs ut snabbare och därmed inte upptar lika många vårdplatser. I kapitel 4 konstaterar vi att antalet vårdagar för utskrivningsklara patienter har minskat. Vi har inte analyserat hur slutenvårdens totala kostnader eller kapacitet har påverkats sedan lagen infördes. Återigen är det viktigt att påpeka att det är svårt att härleda kostnadsutvecklingen till lagen.

Om vi tittar på statistik från SCB över kostnadsutvecklingen mellan 2009 till 2018 inom slutenvård och öppen vård samt primärvården ser vi att kostnaderna har ökat inom samtliga områden förutom inom den psykiatriska slutenvården, där kostnaderna varit tämligen konstanta. Detta alltså utan att hänsyn tagits till de generella kostnadsökningarna och inflationen. Den relativa ökningen av kostnader mellan 2009 och 2018 var störst inom den somatiska och psykiatriska öppna vården. Men mellan 2016 och 2018 har den relativa kostnadsökningen varit störst inom primärvård och öppen somatisk vård (figur 39).

**Figur 39.** Kostnader\* i primärvården\*\*, annan öppen vård\*\*\* samt slutenvård, riket, 2009 till 2018. Mn kr, löpande priser



Källa: SCB 2020

\* Nettokostnad: Bruttokostnad exklusive externa och interna intäkter (bruttointäkt), löpande priser. Nettokostnader exklusive läkemedelskostnader.

\*\*I primärvård ingår allmänläkar- och sjuksköterskevård inkl. jourverksamhet, fysioterapi och arbetsterapi, primärvårdsansluten hemsjukvård, sluten primärvård samt övrig primärvård. Exkl. mödra- och barnhälsovård.

\*\*\* Dagsjukvård och mottagningsverksamhet.

## 8.10 BEHOV AV ATT KUNNA FÖLJA UPP HELA VÅRD- OCH OMSORGSSYSTEMET

I det här kapitlet konstaterar vi att är svårt att följa upp vilken effekt lagen har haft i synnerhet inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det är också svårt att belägga ett orsakssamband mellan lagen och kostnadsutvecklingen, inom såväl slutenvården, primärvården och kommunerna. En anledning till det är att det saknas statistik som gör det möjligt, vilket vi resonerar kring ovan.

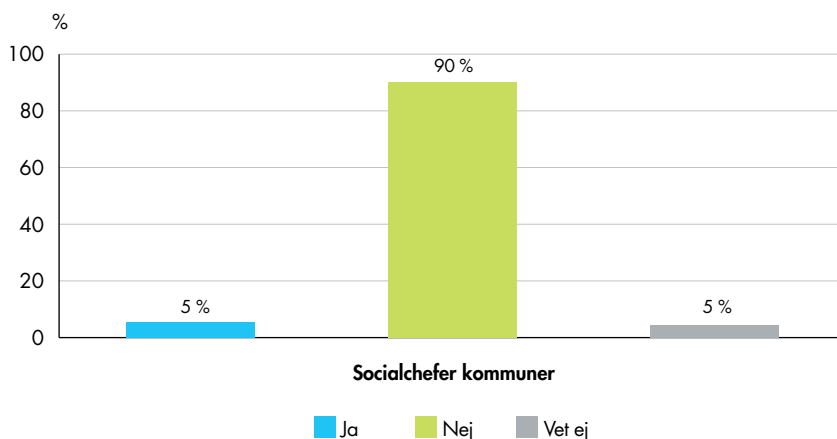
En annan anledning till att det är svårt att följa upp vilken effekt lagen har haft beror på uppföljningssystemens generella utformning. Uppföljningssystemen är överlag inte utformade för att följa upp vård- och omsorgssystemet som en sammanhängande helhet, utan främst som separata delar. Vi anser därför att det är angeläget att utveckla uppföljningen, inte minst för att kunna följa den omställning av vården och omsorgen som sker och de effekter det får för såväl slutenvården, primärvården och i synnerhet för kommunerna. Man behöver till exempel kunna följa hela vård- och omsorgskedjan på individnivå så att ett slutenvårdsbesök går att koppla till efterföljande vård och omsorgsinsatser inom primärvården och inom kommunen, och även till eventuella återinläggningar.



## 8.11 INGA TILLSKOTT AV EKONOMISKA MEDEL TILL KOMMUNER OCH TILLSKOTT TILL VAR FEMTE VÅRDCESTRAL

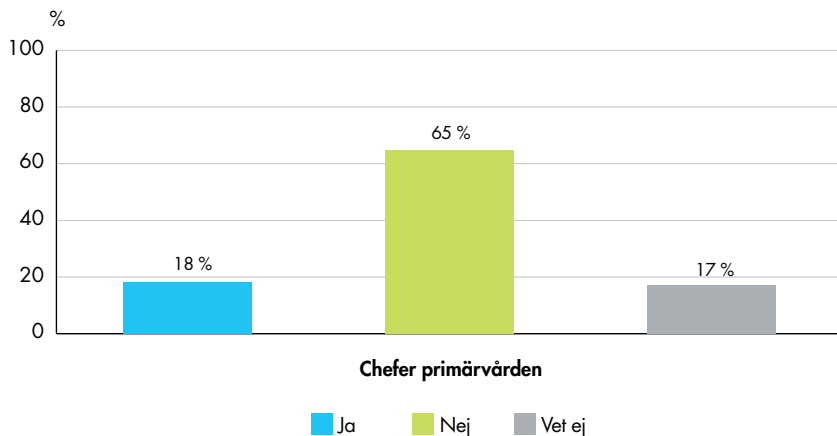
Enligt de flesta socialchefer (90 procent) som svarat på vår enkät har lagen inte inneburit något tillskott av ekonomiska medel till respektive kommun. Vissa kommuner som har minskade kostnader för betalningsansvar har använt besparingarna för att täcka de kostnader som lagen har medfört, visar våra intervjuer. Ungefär var fjärde kommun har minskade kostnader för betalningsansvar, medan majoriteten har oförändrade eller ökade kostnader (kapitel 7).

**Figur 41.** Har lagen lett till ett tillskott av ekonomiska resurser till kommunens verksamheter?



Var femte verksamhetschef i primärvården har svarat att lagen har lett till ett tillskott av ekonomiska resurser till deras vårdcentral, medan majoriteten (65 procent) svarar att de inte fått något tillskott av resurser (figur 42).

**Figur 42.** Har lagen lett till ett tillskott av ekonomiska resurser till primärvården?





Det finns en samstämmig uppfattning hos chefer och personal i både slutenvård, primärvård och kommuner om att det saknas tillräckliga resurser för de ökade åtaganden som lagen innebär för kommunerna och primärvården.

” Det kommer nya saker till oss hela tiden, men inte mer pengar. Det är en stor utmaning att det blir mer arbetsuppgifter, men inga resurser.”

(verksamhetschef, vårdcentral)

” Lagens intentioner är bra, men det blev ett stort kostsamt utvecklingsprojekt. Är det underliggande syftet med lagen att skjuta ekonomiskt ansvar till kommunerna?”

(socialchef)





# Effekter på samverkan





## Effekter på samverkan

Samverkan mellan olika huvudmän, verksamheter och professioner behöver ske genom hela utskrivningsprocessen. En utgångspunkt i förarbetena till lagen var också att formerna för samverkan mellan de berörda huvudmännen behövde förbättras både på lång och kort sikt (dir. 2014:27). I det här kapitlet studerar vi om och hur lagen har påverkat samverkan mellan slutenvården, primärvården och kommunerna. Vi tittar också på vad som kan främja och hindra samverkan. I kapitel 12 till 15 tittar vi närmare på samverkan som sker mer verksamhetsnära i utskrivningsprocessen. De viktigaste resultaten:

- Samverkan har förbättrats sedan lagen infördes, särskilt mellan primärvården och kommunerna.
- Förbättringarna beror bland annat på att lagen bidragit till gemensamt arbete, dialog och diskussioner samt på primärvårdens ökade involvering genom rollen som fast vårdkontakt.
- Det finns ett behov av att fortsätta utveckla samverkan mellan och inom huvudmännen, både före, under och efter utskrivningen. Det gäller särskilt samverkan på mer verksamhetsnära nivå och samverkan med rehabiliteringsaktörer.
- Några grundläggande utmaningar för samverkan är fragmentiserade vård- och omsorgssystem och vissa organisatoriska gränssnitt som upplevs som oklara.
- Koordinerande funktioner, tvärprofessionella team och gemensamma möten kan underlätta samverkan.

Kapitlet bygger på intervjuer med personal och chefer från kommuner, slutenvård och primärvård, exempelvis biståndshandläggare, medicinskt



ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, enhetschefer och verksamhetschefer. Kapitlet baseras också på vår enkätstudie där regionens samordnare, kommunens socialchefer, MAS och verksamhetschefer i primärvården har deltagit.

**Faktaruta.** Vårdanalys syn på samverkan och samordnad vård och omsorg

Det finns många olika definitioner av *samverkan*. Vi använder Socialstyrelsens definition av samverkan som "övergripande gemensamt handlande på organisatorisk plan för ett visst syfte". (Socialstyrelsen 2011). Det innebär att samverkan utgår från ett organisations- och verksamhetsperspektiv, till skillnad från *samordnad vård och omsorg* som utgår från ett patient- och brukarperspektiv (Vårdanalys 2016b). Vår utgångspunkt är att samverkan kan vara ett medel för att uppnå målet om en samordnad vård och omsorg för patienten, men att samverkan inte självfallet leder till förbättringar ur ett patient- och brukarperspektiv.

*Samordnad vård och omsorg* är när alla aktiviteter ingår i en väl fungerande helhet kring individen samtidigt som individen får möjlighet att vara medskapande i aktiviteterna efter förmåga och preferenser. Det kan till exempel handla om att patienter och brukare inte behöver upprepa information i onödan, och att de känner sig trygga och upplever att vården och omsorgen ser till hela deras behov (Vårdanalys 2016b)

### Vad säger lagen om samverkan?

Enligt lagen ska kommun och region 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). I förarbeten poängteras att det är viktigt att huvudmännen utarbetar gemensamma lokala riktlinjer för verksamheterna, eftersom förutsättningarna för samverkan ser olika ut i landet (dir. 2014:27).

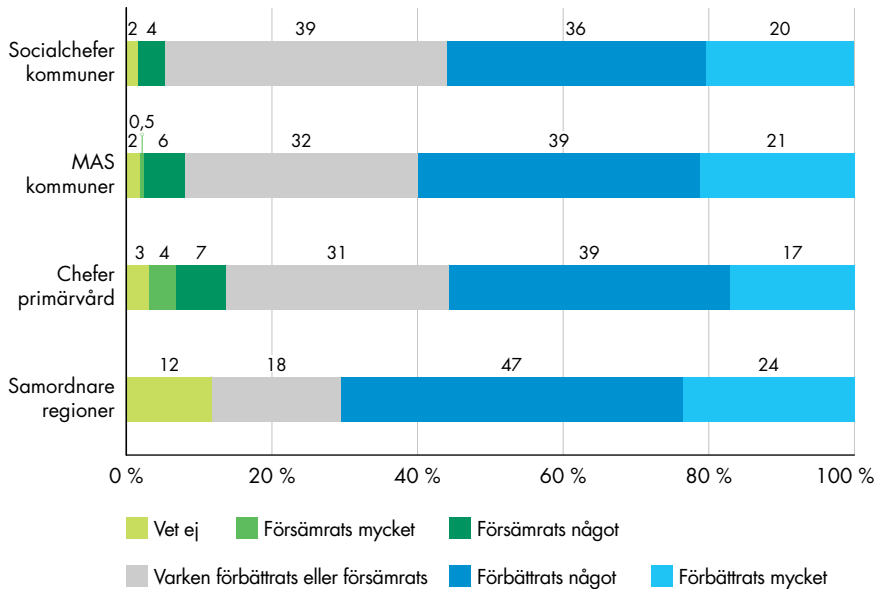
## 9.1 BÄTTRE SAMVERKAN MELLAN PRIMÄRVÅRDEN OCH KOMMUNERNA

Lagen har bidragit till att samverkan har förbättrats, i synnerhet mellan primärvården och kommunerna. Det visar våra enkäter. Samtidigt har samordnare genomgående en mer positiv bild av samverkan än övriga grupper har, och bilden är delad.

Närmare 60 procent av MAS, socialcheferna och verksamhetscheferna i primärvården uppfattar att samverkan mellan *primärvården och kommunerna* har förbättrats något eller mycket. Samordnarna för regionerna är mer positiva: Var fjärde samordnare menar att samverkan har förbättrats mycket mellan *primärvården och kommunerna*.

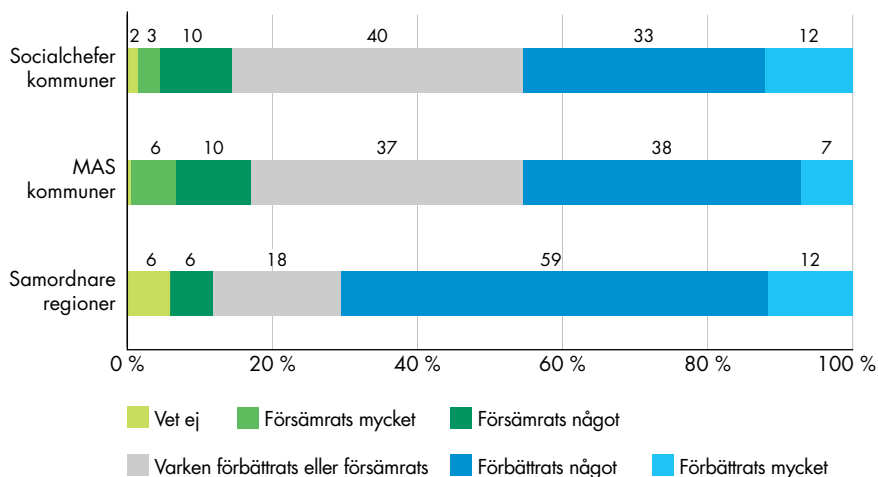
Samtidigt menar andra att det inte har skett några större förändringar: Ungefär var tredje socialchef, MAS och verksamhetschef i primärvården uppfattar att samverkan mellan *primärvård och kommunen* varken har förbättrats eller försämrats. Verksamhetscheferna i primärvården är inte heller lika positiva som övriga grupper; mer än var tionde upplever att samverkan har försämrats (figur 43).

**Figur 43.** Vilka effekter har lagen haft på samverkan mellan primärvård och kommunen? Samverkan har:



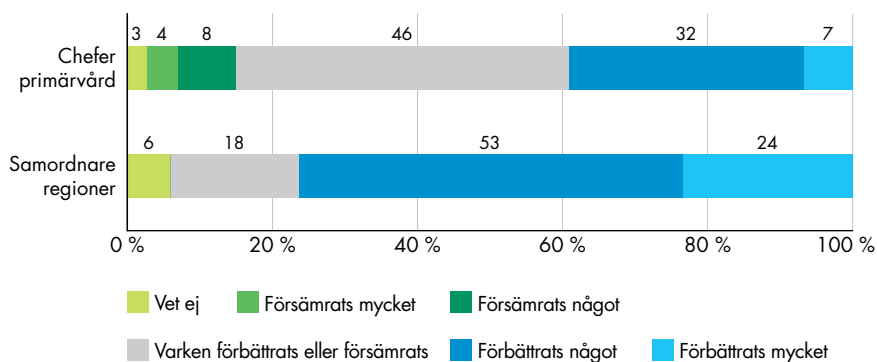
Även samverkan mellan *slutenvården och kommunen* har förbättrats, enligt enkäterna. Regionernas samordnare är även här mer positiva än andra grupper. 71 procent av samordnarna menar att samverkan har förbättrats något eller mycket, jämfört med cirka 45 procent av socialcheferna och MAS som i högre grad anser att det inte skett några större förändringar. Samtidigt menar var sjätte MAS (16 procent) och mer än var sjunde socialchef (13 procent) att samverkan mellan *slutenvården och kommunen* har försämrats (figur 44).

**Figur 44.** Vilka effekter har lagen haft på samverkan mellan slutenvården och kommunen? Samverkan har:



Uppfattningarna varierar också när det gäller lagens påverkan på samverkan mellan *slutenvården och primärvården*. 77 procent av samordnarna anser att det har skett en förbättring, jämfört med 39 procent av verksamhetscheferna. Nästan hälften av verksamhetscheferna (46 procent) anser att samverkan varken har förbättrats eller försämrats, och mer än var tionde verksamhetschef i primärvården anser att samverkan mellan *slutenvården och primärvården* har försämrats (figur 45).

**Figur 45.** Vilka effekter har lagen haft på samverkan mellan slutenvården och regionens primärvård? Samverkan har:





## 9.2 FLERA TÄNKBARA FÖRKLARINGAR TILL VARIATIONERNA

Att det finns varierande uppfattningar om lagens effekter på samverkan bekräftas av våra intervjuer med personal i verksamheterna. På vissa håll uppfattar man att samverkan förbättras mycket, medan personalen i andra kommuner och regioner beskriver försämringar i samverkan. Både personal, chefer och samordnare menar också att samverkan generellt är lättare att få till på en mer övergripande nivå, medan samverkan på verksamhetsnivå fortfarande ofta är en utmaning. Det kan också vara en förklaring till att samordnarna har en mer positiv bild av hur samverkan fungerar än personal i verksamheterna.

Andra faktorer som kan påverka hur samverkan fungerar och som delvis kan förklara de varierande uppfattningarna om lagens effekter på samverkan rör vården och omsorgens lokala och regionala organisering, ledning och styrning. Vi återkommer till det.

” Känslan i hälso- och sjukvården och i socialtjänsten är att samverkan fungerar allt bättre. Men kanske det är just på chefsnivå.”

(regionssamordnare)

## 9.3 ÖVERENSKOMMELSER, UTBILDNINGAR OCH DIALOG BAKOM BÄTTRE SAMVERKAN

Det finns flera anledningar till att samverkan upplevs ha förbättrats, visar våra intervjuer. En förklaring som framförs är att det gemensamma arbetet i regionerna och kommunerna med att ta fram överenskommelser och riktlinjer har bidragit till att förbättra samverkan mellan huvudmännen. Att framtagandet av överenskommelser i sig är en form av samverkan visar också tidigare studier (Vårdanalys 2016b). Att en stor del av utvecklingsarbetet har genomförts i samverkan mellan huvudmännen kan också vara en förklaring till förbättringarna (se bilaga 1). Utvecklingsarbetet har inneburit möten, utbildningar, dialog och diskussioner både mellan och inom kommuner och regioner. Det har bidragit till en ökad förståelse för andras och sitt egna uppdrag, menar många vi intervjuat. Det har också lett till större samsyn, tillit och respekt för varandras kompetensområden, vilket också främjat samverkan, menar flera personer. Tillitsfulla relationer mellan och inom huvudmännen är en viktig grund för samverkan, visar både intervjuer och enkäter.



”Hela samverkansprocessen med regionen har ökat tilliten mellan huvudmännen. Det är lättare att titta på problem tillsammans. Det har skett en utveckling.”

(verksamhetschef, kommun)

Utbildningar, möten och diskussioner har också bidragit till att synliggöra problem, brister och hinder för samverkan. Att hindren blivit tydliga är i grunden positivt menar många, eftersom de då kan börja hanteras. Utmaningar kring samverkan har också diskuterats och hanterats, såväl i det lokala och regionala utvecklingsarbetet som i SKR:s insatser.

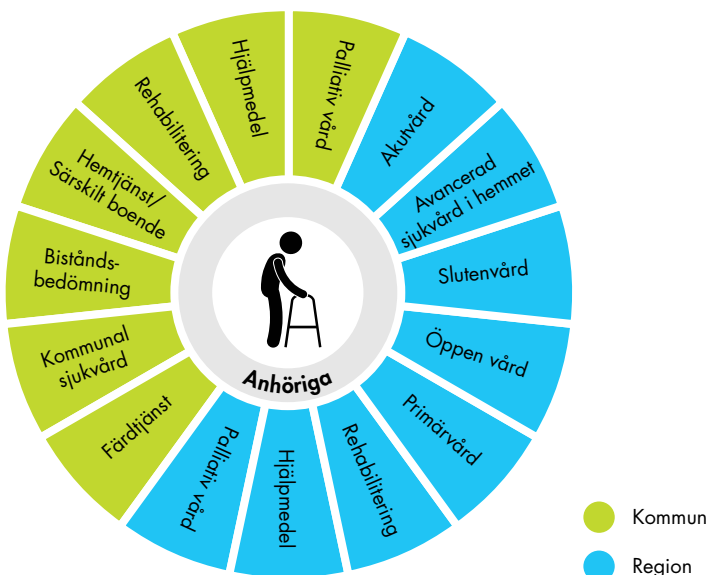
#### 9.4 MÅNGA AKTÖRER KAN VARA EN UTMANING FÖR SAMVERKAN

Vilka utmaningar och hinder finns då för att skapa en fungerande samverkan? Tidigare studier visar att samverkan ofta blir svårare ju fler aktörer som är involverade, i synnerhet när många olika enheter med olika huvudmän ska samverka (Vårdanalys 2016b). Det är också något som framkommer i vår studie.

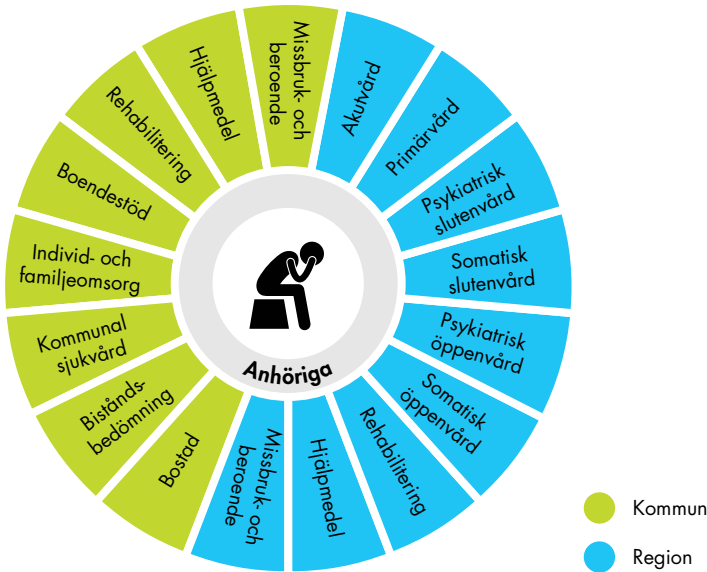
Många olika aktörer behöver i regel samverka vid en utskrivning. Flera av dessa aktörer kan också vara antingen privata eller offentliga. Figur 46 visar exempel på aktörer som en äldre person med flera kroniska diagnoser respektive en person med psykisk ohälsa kan möta inom vården och omsorgen.

Figur 46.

En äldre person med flera kroniska diagnoser.



## En person med psykisk ohälsa och missbruk.



I synnerhet i län med vård- och omsorgssystem som består av många olika kommuner, vårdgivare, enheter och avdelningar kan samverkan vara en större utmaning, eftersom det innebär att de olika aktörernas sinsemellan olika organisering, it-system, arbetssätt och rutiner behöver koordineras. Det kan också medföra att det kan vara svårt för att veta vem som ansvarar för vad och vem som ska kontaktas. I större kommuner kan också kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst vara uppdelad på flera olika enheter. Det kan bidra till att kommunens interna samverkan blir svårare, vilket i sin tur kan påverka även samverkan mellan huvudmännen.

” Hemsjukvård, hemtjänst och bistånd är tre olika delar i kommunen. Vi kan inte se de olika delarna. De har inte en person som samordnar vem som ska ha ansvar för vad, och de bollarna vidare mellan varandra, de pratar inte med varandra. Det ger samverkansproblem.”  
(arbetsterapeut, slutenvård)

Primärvårdssystem med många olika aktörer och utförare kan särskilt bidra till att samverkan med primärvården blir mer utmanande, menar personal i kommuner och slutenvården. Det kan till exempel göra det svårt för en biståndshandläggare i kommunen att veta vilken vårdcentral som har ansvaret för patienten och vem hen ska kontakta, i synnerhet om det är

en patient eller brukare som är ny. På flera håll beskriver personal och chefer inom slutenvård och kommuner att det kan vara svårt att skapa fungerande samverkan i synnerhet med privata vårdcentraler eftersom dessa oftare saknar den administrativa och organisatoriska överbyggnad som behövs för att samverka. Men även den lokala ledningen, enskilda chefer och personer på vårdcentralerna kan ha betydelse för hur samverkan med primärvården fungerar, menar flera personer i kommuner, primärvård och slutenvård.

## 9.5 KOORDINERANDE FUNKTIONER, TVÄRPROFESSIONELLA TEAM OCH MÖTEN UNDERLÄTTAR SAMVERKAN

Ju fler aktörer som ska samverka desto större blir också behoven av koordinering både inom och mellan huvudmännen. Lagens syfte var att den öppna vården skulle få en mer koordinerande roll. Vi tittar närmare på primärvårdens roll som fast vårdkontakt i kapitel 13. Både slutenvård och kommuner har också tillsatt andra former av samordnande funktioner inom och mellan slutenvården och kommunerna för att koordinera verksamheternas olika delar.

I flera kommuner och regioner finns till exempel tvärprofessionella team som samlar och koordinerar olika professioner från både kommunen och regionen. Teamen beskrivs också som ett framgångsrikt sätt att underlätta samverkan på, både inom huvudmännen och mellan dem. I Luleå kommun finns till exempel ett utskrivningsteam som består av en fysioterapeut, arbetsterapeut, biståndshandläggare och sjuksköterska som träffas dagligen och samordnar bedömningarna inför utskrivning. I Sörmland och Västra Götaland finns också olika former av hemgångs- eller utskrivningsteam.

Våra intervjuer visar att även andra former av samarbeten samt möten, nätverk, samarbeten och mötesforum där olika professioner och verksamheter deltar kan ha en samordnande funktion, både mellan och inom huvudmännen. Möten och samarbeten över professions- och verksamhetsgränser är värdefulla tillfällen för dialog, erfarenhets- och kunskapsutbyte, menar särskilt personal i kommunerna. De ger också ökad förståelse för varandras uppdrag, roller och perspektiv vilket i sig kan underlätta samverkan, menar många. Vi återkommer till det i kapitel 15.

## 9.6 REHABILITERING HAR EN VIKTIG ROLL SOM BEHÖVER UTVECKLAS

För att utskrivningsprocessen ska fungera och patienten få en trygg och säker hemgång är det viktigt att alla relevanta aktörer och områden involveras i

samverka. En aktör som generellt behöver involveras mer i samverkan är rehabiliteringsaktörer, framhåller många vi intervjuat. Samverkan med rehabilitering är viktigt bland annat för att bedömning och planering inför hemgång ska fungera väl och baseras på en helhetsbild av patientens behov. Det är också viktigt för att förebygga (åter)inskrivningar och skapa trygghet och säkerhet för patienter och brukare, framhåller många.

**Faktaruta.** Vad är en rehabiliteringsaktör?

Rehabiliteringsaktörer är exempelvis arbetsterapeuter och fysioterapeuter, dietister, sjuksköterskor och undersköterskor. Kommunerna kan också ha en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) med det övergripande ansvaret för rehabilitering. Rehabiliteringspersonal kan arbeta inom både slutenvård, primärvård och kommuner samt hos både privata och offentliga utförare. Insatserna kan exempelvis bestå i att prova ut hjälpmedel, ansvara för bostadsanpassning samt träning och behandling (Socialstyrelsen 2019d).

Att tidigt involvera rehabiliteringsaktörer i samverkan vid utskrivning har blivit ännu viktigare i och med lagen, menar många inom både kommuner och regioner. Det beror delvis på att lagen bidragit till att tidigare bedömningar av när patienten är utskrivningsklar behöver göras. Dessa bedömningar behöver ofta innehålla en bedömning av funktionsförmåga och hjälpmedelsbehov, så att nödvändiga insatser kan finnas på plats när patienten skrivs ut. I den bedömningen behöver slutenvården ofta samverka med rehabiliteringsaktörer inom såväl slutenvård, öppenvård, primärvård och kommuner för att bedömningen ska bli korrekt och komplett, framhåller MAR samt arbets- och fysioterapeuter. Vi tittar närmare på det i kapitel 11, 14 och 15.

Snabbare utskrivning från sjukhusen innebär också att den fortsatta behandlingen och rehabiliteringen inom primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården snabbare behöver komma igång. En del arbets- och fysioterapeuter menar också att patienter och brukare nu har större behov av fortsatt behandling och rehabilitering när de skrivs ut, eftersom de i lägre grad får rehabiliterande insatser inom slutenvården. Denna utveckling har också pågått även innan lagen infördes menar de. Det bidrar till att fungerande samverkan med rehabiliteringsaktörer blivit än viktigare i planeringen av fortsatta insatser, menar personal från både slutenvården, primärvården och kommunerna.

Många vi intervjuat menar att lagen på flera sätt har bidragit till att synliggöra behovet av att involvera och samverka med rehabiliteringsaktörer. På så sätt har också de samverkansutmaningar som finns på rehabiliterings-



området blivit tydligare, anser personal i både regioner och kommuner. Till stor del har inte dessa utmaningar hanterats tidigare, anser många.

” Det är lätt att glömma bort rehab, särskilt i kommunerna. Det är en liten svans men behoven av rehabilitering är stora och rehab är jätteviktigt för de äldres trygghet och livskvalitet.”

(fysioterapeut, slutenvården)

Att det finns samverkansutmaningar som rör rehabilitering har även tidigare studier pekat på (Inspektionen för vård och omsorg, 2017). En utmaning i samverkan med rehabilitering, som lyfts av personal i slutenvård och primärvård är att ansvaret för rehabiliteringen upplevs otydligt och splittrat. En anledning till det är att ansvaret för rehabilitering kan vara fördelat på både privata och offentliga aktörer inom både slutenvård, öppenvård och kommunen. Till exempel kan de patienter som har hemsjukvård få rehabiliteringsinsatser från kommunen, medan de som inte har hemsjukvård får rehabiliteringsinsatser från primärvården och annan öppen vård. Vi tittar närmare på hur det kan ta sig uttryck i kapitel 14.

## 9.7 ANSVARSFÖRDELNING OCH ORGANISATORISKA GRÄNSSNITT ÄR EN FORTSATT UTMANING

En annan grundläggande utmaning för samverkan, som framförs i intervjuer, rör de organisatoriska gränssnitten, uppdragen och ansvarsförhållandena mellan och inom huvudmännen. Många menar att det finns både en otydlighet och olika tolkningar av vilken typ av vård som ska och kan utföras var; i kommunen eller regionen, i öppenvården eller slutenvården, den regionala primärvården eller den kommunala sjukvården?

” Hemsjukvård och primärvård – det gränssnittet har en otydlighet. Ibland tjafsar de på vårdplaneringen om vem som ska göra vad när patienten och anhöriga är med. Det går ju inte. Det behövs klargöras vem som ska göra vad.”

(verksamhetsutvecklare, sjuksköterska)

Det finns uppfattningar om att lagen har bidragit till att göra de här gränssnitten mer laddade och tydliga, till exempel genom att lagen synliggjort att även kommunerna utför hälso- och sjukvård, påpekar flera sjuksköterskor och MAS. Att det finns olika tolkningar av vilken typ av vård som ska och

kan utföras var och av vem, speglas också i olika uppfattningar om vad "utskrivningsklar" innebär och i vilken grad en patient ska vara "medicinskt färdigbehandlad" innan hen skrivs ut från sjukhuset. Vi återkommer till det i kapitel 11.

Personal inom både regioner och kommuner anser att det finns ett fortsatt behov av att förtydliga och komma överens om huvudmännens respektive ansvar för olika patientgrupper som behöver olika typer av vård. På vissa håll har diskussioner om vem som ska göra vad lett till konflikter i verksamheterna, i synnerhet om vem som ska ansvara för och bekosta olika insatser. Samtidigt menar många att det är bra att oklarheter kring gränssnitt och ansvar blir tydliga, eftersom de då kan diskuteras och hanteras. Frågorna har också diskuterats både lokalt, regionalt och nationellt. Vissa län har exempelvis gjort en översyn av hemsjukvårdavtal, för att klargöra vilken primärvårdshuvudman som ska ansvara för vilka patienter och hur behovet av hemsjukvård ska definieras och avgränsas. Även SKR har haft en roll i att lyfta och hantera frågorna. Att se över och utveckla gränssnitten så att de stödjer samverkan är också en del i uppdraget som utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har.







# Lagen och dess delar





## Uppfattningar om lagens utformning och tillämpning

I det här kapitlet studerar vi hur chefer och personal i kommuner och regioner uppfattar lagens syfte och utformning samt vilka utmaningar och behov av utveckling som de ser i utskrivningsprocessen. De viktigaste resultaten:

- Det finns en samsyn i kommuner och regioner om att lagens syfte är gott och att lagen som helhet är tydligt formulerad.
- Men det finns behov av fortsatt implementering och utveckling av hela utskrivningsprocessen för att nå lagens syfte.
- Det finns behov av förtydliganden i praktiken, till exempel av innebörden av ”utskrivningsklar”, hur planering ska utformas samt den fasta vårdkontaktens roll och ansvar.

Kapitlet bygger på intervjuer med personal och chefer från kommuner, slutenvård och primärvård, exempelvis biståndshandläggare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, enhetschefer och verksamhetschefer. Kapitlet baseras också på vår enkätstudie där regionens samordnare, kommunens socialchefer, MAS och verksamhetschefer i primärvården har deltagit.



### Vad är syftet med lagen?

Syftet med lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård 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 regionfinansierade öppna vården. Därför 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 (1 kap. 2 § LoSUS).

## 10.1 POSITIV UPPFATTNING OM LAGEN OCH DESS SYFTE

Det finns en samsyn inom kommuner och regioner om att det övergripande syftet med lagen är gott. Det visar vår tidigare delrapport (Vårdanalys 2018:11) och det bekräftas i intervjuer med chefer och personal inom både kommuner och regioner: De anser att patienter inte ska ligga kvar i slutenvården i onödan. Det är viktigt både för patientens skull och för att frigöra vårdplatser, menar personal i både kommuner och regioner.

Det finns också en samsyn om att lagen i stort är tydligt formulerad. Men det finns också delar av lagen som uppfattas som mer otydliga och i större behov av tolkning i verksamheterna. Det visar vår delrapport (Vårdanalys 2018:11) och det bekräftas i intervjuer. Till exempel uppfattas lagen ge stort tolkningsutrymme kring planering och i synnerhet när och för vilka grupper en samordnad individuell planering (SIP) ska göras (kapitel 15). Andra delar av lagen som uppfattas vara mer oklara och föremål för olika tolkningar och uppfattningar är den fasta vårdkontaktens ansvar och uppdrag (kapitel 13) och begreppet ”utskrivningsklar” (kapitel 11).

## 10.2 REGIONALA STYRDOKUMENT GER INTE ALLTID TILLRÄCKLIGT STÖD

Lagstiftarens avsikt med utformningen av lagen var att lämna relativt stort utrymme för huvudmännen att anpassa utformningen av utskrivningsprocessen efter lokala förutsättningar. Lagens grundläggande syfte att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet ligger därmed till stor del i huvudmännens egna händer (prop. 2016/17:106). Det innebär också att lagen kräver ett stort mått av tolkning och anpassning efter lokala och regionala förutsättningar för att kunna implementeras i verksamheterna. Detta har till stor del skett genom lokala och regionala riktlinjer och överenskommelser, som haft en viktig roll i att konkretisera lagen.

Utrymmet för lokal anpassning innebär också att regionala riktlinjer och överenskommelser utformas på olika sätt, från relativt detaljerade till mer övergripande. I större län med fler kommuner och många vårdaktörer behöver styrningen på länsnivå till exempel regel utformas mer övergripande för att kunna omfatta alla inblandade.

Att tillämpa riktlinjer och överenskommelser och få verksamheterna att arbeta enligt dem har varit en central utmaning i flera län, menar samordnare för regioner och kommuner. En anledning till att verksamheter inte alltid följer riktlinjer och överenskommelser kan vara att riktlinjerna upplevs vara alltför detaljerade och standardiserade, och inte tillräckligt anpassade efter patienters komplexa behov, visar våra intervjuer. Vi återkommer till det i kapitel 15.

Men det finns också överenskommelser och riktlinjer som upplevs alltför vaga och övergripande, vilket också kan leda till svårigheter att arbeta enligt dem. Till exempel menar personal i ett län med en mer övergripande överenskommelse att den inte utgör ett tillräckligt stöd och vägledning i hur lagen ska tolkas på flera områden, däribland den fasta vårdkontaktens roll och ansvar. Det har dels inneburit att tolkning och förtydliganden i högre grad behöver göras längre ner i verksamheterna, vilket i vissa fall lett till konflikter, kring vem som ska ansvara för vad. Det har också bidragit till stora lokala variationer till exempel i tolkningen av den fasta vårdkontaktens ansvar och uppdrag. Somliga menar att vissa tolkningar inte är i enlighet med lagens syften.

” Lagen öppnar upp för tolkning. Överenskommelserna ska ju förtydliga lagen, med det gör de inte tillräckligt. Det har gjort det svårt att komma överens om ansvaret i vissa frågor.”

(regionsamordnare)

” Man säger vad som ska göras, men inte vem som ska ansvara för vad. Hur:et saknas i överenskommelser och riktlinjer. Någon måste bestämma och se helheten: Står det inte, tar ingen ansvar.”

(arbetsterapeut, region)

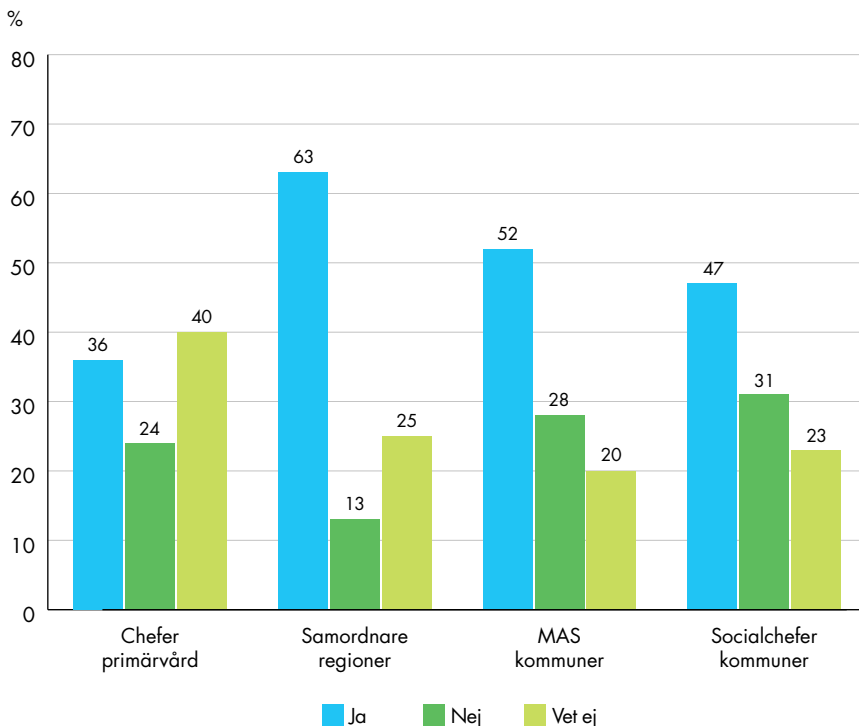
### 10.3 BEHOV AV FÖRÄNDRING I HELA UTSKRIVNINGSPROCESSEN

Vi har i våra enkäter frågat verksamhetschefer i primärvården, samordnare för regionen, MAS och socialchefer om det finns delar av lagen som behöver



förtydligas eller förändras. ”Ja”, svarar mer än var tredje verksamhetschef (36 procent), en majoritet av samordnarna (63 procent) samt ungefär hälften av socialcheferna (47 procent) och MAS (52 procent). Verksamhetscheferna har i högre grad svarat att de inte vet (40 procent) (Figur 47).

**Figur 47.** Finns det delar av lagen som du uppfattar skulle behöva förtydligas eller förändras?



Vi har också frågat *vad* samordnare, verksamhetschefer, socialchefer och MAS tycker behöver förtydligas eller förändras. De områden de lyfter fram sammanfaller med de delar av lagen som uppfattas vara mer otydliga och öppna för tolkning, och också svårare att genomföra i verksamheterna (Vårdanalys 2018). Vissa områden kopplar direkt till LoSUS och utskrivningsprocessen medan andra också berör annan lagstiftning, exempelvis sekretesslagstiftningen. Centrala områden som beskrivs som i behov av fortsatt utveckling är:

- Begreppet ”utskrivningsklar” tolkas på olika sätt. Det speglar olika uppfattningar om och tolkningar av vilken typ av vård som ska och kan utföras var och av vem. (Kap 11)

- Kommuner uppfattar att det behövs tydligare krav på regionens skyldigheter i utformningen av betalningsansvaret. (Kap 7)
- Bedömningen av och besked om beräknat utskrivningsdatum inom 24 timmar uppfattas som ett av de svåraste momenten i lagen. Utskrivningsdatum flyttas både framåt och bakåt, ofta med kort varsel. (Kap 12)
- Den fasta vårdkontaktens roll uppfattas till viss del som oklar, särskilt efter att kallelsen till SIP är gjord. (Kap 13)
- Lagstiftning och rutiner för sekretess och samtycke påverkar vilken information som kan delas mellan och inom huvudmännen. (Kap 14)
- Det är oklart om informationsöverföringen till patienter görs och hur den fungerar. (Kap 6)
- Det finns oklarheter i planeringsprocessen och när, hur och var olika former av planering ska ske. (Kap 15)
- Ansvarsfördelningen och de organisatoriska gränssnitten mellan och inom huvudmännen är en utmaning: vilken typ av vård kan och ska utföras var och av vem? (Kap 9)
- Lagen har särskilda utmaningar i förhållande till psykiatri och särskilt till rättspsykiatrisk vård och annan form av psykiatrisk tvångsvård (LPT). (Kap 16 och Kap 17)

I rapporten fördjupar vi oss i samtliga dessa områden och analyserar vad utmaningarna består i.







## Uppfattningar om begreppet utskrivningsklar

”Utskrivningsklar” är ett centralt begrepp i lagen. Innebörden av begreppet preciseras inte i lagen utan huvudmännen får definiera innebörden och vilka villkor som ska vara uppfyllda för att en patient ska bedömas som utskrivningsklar. Utformningen av ”utskrivningsklar” ligger också till grund för kommunernas betalningsansvar. I det här kapitlet undersöker vi vilken innebörd begreppet ”utskrivningsklar” ges i verksamheterna och vad som påverkar när en patient anses vara redo att skrivas ut. De viktigaste resultaten:

- ”Utskrivningsklar” tolkas på olika sätt i verksamheterna: Det finns en spännvidd i tolkningen från ”medicinskt färdigbehandlad” till ”hemgångsklar”.
- De olika tolkningarna speglar frågan om vilken vård som kan och ska utföras var och av vem, samt vilka förutsättningar som behöver finnas för att patienter ska skrivas ut på ett tryggt och säkert sätt.
- Det finns en efterfrågan från kommuner på ökad tydlighet i slutenvårdens skyldigheter och krav på att vissa villkor är uppfyllda innan en patient kan anses vara utskrivningsklar, för att säkra trygghet för patienter och brukare.
- Ett smalare medicinskt perspektiv på när patienten anses utskrivningsklar har fått ökat företräde på flera håll.
- Samverkan mellan olika professioner och verksamheter är viktigt för att bedömningen av när en patient är utskrivningsklar ska bli korrekt och komplett och för att minska risken för att utskrivning sker för snabbt.



Kapitlet bygger på intervjuer med personal och chefer från kommuner, slutenvård och primärvård, exempelvis biståndshandläggare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, enhetschefer och verksamhetschefer. Kapitlet baseras också på vår enkätstudie där regionens samordnare, kommunens socialchefer, MAS och verksamhetschefer i primärvården har deltagit.

### Vad säger lagen om att vara "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). Lagen har ingen ytterligare definition av begreppet utskrivningsklar, utan huvudmännen får definiera vilka villkor som ska vara uppfyllda för att en patient ska bedömas som utskrivningsklar (prop. 2016/17:106).

## 11.1 MEDICINSKT FÄRDIGBEHANDLAD, UTSKRIVNINGSKLAR ELLER HEMGÅNGSKLAR?

Vår delrapport visade att begreppet utskrivningsklar i länens överenskommelser och riktlinjer oftast definieras enligt lagens formuleringar eller utifrån Socialstyrelsens termbank. Enligt Socialstyrelsen är en utskrivningsklar patient "en patient som av behandlande läkare inte längre bedöms behöva slutna vård" (Socialstyrelsen 2019). I praktiken varierar tolkningen och innebörden av begreppet utskrivningsklar. Det finns en spännvidd i tolkningen från *medicinsk färdigbehandlad* till *hemgångsklar*. I flera län förs diskussioner om vilket begrepp och vilken innebörd som ska ligga till grund för när en patient kan anses vara redo att skrivas ut, och det finns på många håll en osäkerhet om vilken innebörd som egentligen gäller.

” Utskrivningsklar är medicinskt färdigbehandlad plus att alla papper ska vara klara och läkemedelslista och epikris. Men egentligen är hemgångsklar ett bättre begrepp, det är vad utskrivningsklar betyder. Det skulle hetat det faktiskt.”

(sjuksköterska och verksamhetsutvecklare, region)

Begreppet ”utskrivningsklar” ersatte ”medicinskt färdigbehandlad” i Betalningsansvarslagen (BAL) 2003, för att visa på att även om läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård inom den slutna vården kan patienten behöva få fortsatt medicinsk behandling utanför slutenvården. Vår studie visar att begreppet ”medicinskt färdigbehandlad” fortfarande används på många håll, ofta med innebörden ”utskrivningsklar”. Men det finns också olika uppfattningar inom båda huvudmännen om en patient ska vara ”medicinskt färdigbehandlad” innan hen är ”utskrivningsklar” eller tvärtom. Vissa menar att patienten behöver vara medicinskt färdigbehandlad innan hen kan anses utskrivningsklar, för att primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården ska kunna ta hand om patienten på ett tryggt och säkert sätt. Andra menar, i enlighet med förarbetena, att patienten inte behöver vara ”medicinskt färdigbehandlad”, utan kan ha ett fortsatt vårdbehov när hen skrevs ut från slutenvården.

Dessa diskussioner speglar att det finns olika uppfattningar om vilken typ av vård som kan och ska utföras var och av vem. Det speglar också frågan om vilka förutsättningar som behöver finnas i kommuner och i primärvård för att de ska kunna ta hand om patienter som skrivs ut på ett tryggt och säkert sätt.

## 11.2 ÖKAT FÖRETRÄDE FÖR SMALARE MEDICINSKT PERSPEKTIV

Chefer och personal inom både kommuner, regionens primärvård och slutenvård uppfattar att slutenvårdens bedömning av när en patient är utskrivningsklar har fått ökat företräde och kommunprofessionernas bedömningar har fått minskade betydelse i och med lagen. Det innebär också att andra kunskaper, perspektiv och värden än de rent medicinska har fått minskat inflytande, anser flera personer vi intervjuat. Att slutenvårdens bedömning fått ökat företräde beror bland annat på att snabb utskrivning och frigörandet av vårdplatser är överordnat andra mål, menar personal inom flera regioner och kommuner.

Att slutenvårdens bedömning och det medicinska perspektivet väger tungt tar sig exempelvis uttryck i att MAS, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i flera kommuner har fått minskade möjligheter att bromsa de utskrivningar som de upplever sker för tidigt, exempelvis om patienten fortfarande är för sjuk eller innan slutenvården säkerställt att till exempel hjälpmedel och läkemedel finns på plats i hemmet.



” Läkaren är den sanna beslutsfattaren om att patienten kan gå hem. Detta utan att läkarna alltid vet vad kommunen ska kunna eller kan göra, och att det verkligen blir patientsäkert. Många beslut vilar inte alls på patientens status, kommunens uppdrag eller patientsäkerhet.”

(MAS)

” Man har diskuterat att det finns en risk för att man skrivs ut innan det är medicinskt befogat nu. Kommunerna bestämde mer förut.”

(koordinator, regionen)

” Kommunen försöker bromsa, men det är inte så lätt. Det är läkarens bedömning som gäller.”

(verksamhetschef i primärvården )

### 11.3 BEHÖVER REGIONERNAS ANSVAR BLI TYDLIGARE?

I samtliga tre län som vi har studerat närmare har man både på regional nivå och i verksamheterna diskuterat att det behöver finnas balans mellan olika perspektiv i bedömningen av om patienten är klar för utskrivning. Det är viktigt för att bedömningarna ska bli korrekta och kompletta, för att minska risken för att utskrivning sker för snabbt och på så sätt säkerställa tryggheten och säkerheten för patienter, påpekar många. För att välvägdade bedömningar ska kunna göras så behövs dels förbättrad samverkan mellan professioner och verksamheter. Det behövs också ökad tydlighet kring slutenvårdens skyldigheter och högre krav på att vissa villkor är uppfyllda innan en patient skrivs ut, menar chefer och personal från kommunerna. Till exempel behöver slutenvården ha färdigställt slutdokumentation och läkemedelslistor och nödvändiga hjälpmedel behöver vara på plats innan patienten kan anses utskrivningsklar, framhåller många. Vissa län har förtydligat dessa krav genom begreppet ”hemgångsklar”. Hemgångsklar definieras på liknande sätt i flera län (Vårdanalys 2018):

- ”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.”

Både chefer och personal i flera kommuner efterfrågar att begreppet ”hemgångsklar” införs som grund för de bedömningar som görs och även i utformningen av betalningsansvaret. Det är viktigt för att patienten ska skrivas ut på ett tryggt och säkert sätt, menar de.

” Begreppen utskrivningsklar och hemgångsklar diskuteras. Vi vill räkna antalet dagar från patienten är hemgångsklar. Vissa saker ska vara förberedda från slutenvården, de kan inte bara ha det medicinska perspektivet.”

(chef, kommun)

Att ställa högre och tydligare krav på slutenvården skulle också innebära att fler professioner behöver samverka med varandra, framhåller personal i kommunerna. Till exempel behöver slutenvården samverka med rehabiliteringspersonal för att kunna bedöma funktionsförmåga och ta reda på om nödvändiga hjälpmedel är på plats. Det skulle skapa en mer komplett bild av patientens behov påpekar personal i kommunerna. Det skulle också ge en annan dignitet för kommunprofessionernas kunskaper, perspektiv och bedömningar.

#### 11.4 HEMGÅNGSKLAR ANVÄNDS INTE ALLTID I PRAKTIKEN

Även om begreppet ”hemgångsklar” finns i flera läns överenskommelser, används det inte alltid i praktiken visar vår studie. Arbetsterapeuter, fysioterapeuter och biståndshandläggare i en kommun som har ”hemgångsklar” i sin överenskommelse berättar att trots att regionen inte uppfyllt villkoren för att patienten ska kunna bedömas ”hemgångsklar” händer det ofta att patienten skrivs ut ändå. Det kan innebära att nödvändig information såsom läkemedelslistor och epikris saknas eller att nödvändiga hjälpmedel inte är på plats när patienten kommer hem. Kommunens personal förväntas hantera situationen ändå.

Kommunpersonalen beskriver också att de har förlorat mandatet att bromsa en utskrivning som de uppfattar sker med risk för patientens säkerhet. Dessa beslut fattas istället av chefer och styrgrupper på högre nivåer. Det här beror på att det är målet att snabbt skriva ut patienter som gäller, menar MAS, biståndsbedömare, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i kommunerna.



” I (vårt län) kom vi överens om att det skulle vara hemgångsklar, tanken var att stärka upp tryggheten. Men i praktiken (...) är det sjukhusets bedömning som gäller. Kommunen kan inte kräva något av regionen. Våra chefer tar inte fighten.”

(fysioterapeut, kommun)

” Det kan också vara lite ovant för exempelvis en sjuksköterska att inte få stoppa en hemgång, för det brukade de kunna göra och säga att det här inte är patientsäkert. I dag fattar de inte det beslutet själva, utan de får ta emot patienten.”

(hälso- och sjukvårdschef, kommun)

” Vi är the end of the line i kommunen, vi har inte så mycket att protestera med.”

(arbetsterapeut, kommun)







## Beräknat utskrivningsdatum

I det här kapitlet tittar vi på bedömningen av och beskedet om beräknat utskrivningsdatum. Många uppfattar det som ett av de mest problematiska momenten i lagen. Det visade vår delrapport och det bekräftas i vår slutrapport. Vi studerar här för vad utmaningarna beror på och vilka konsekvenser det får för verksamheter och patienter och brukare. Vi beskriver också några förslag på åtgärder för att hantera utmaningarna som framförs av personal i kommuner och regioner. De viktigaste resultaten:

- Det är svårt att redan i samband med inskrivningen bedöma förväntad vårdtid och ge ett utskrivningsdatum som kvarstår tills patienten skrivs ut. Komplexa vårdförlopp och medicinska tillstånd som ändras, men även kultur, kompetens och rutiner, kan bidra till ändrade datum.
- Utskrivningsdatum flyttas både framåt och bakåt, ofta med kort varsel och flera gånger under en sjukhusvistelse enligt våra intervjuer.
- Förändrade utskrivningsdatum försvårar planeringen för i synnerhet kommunerna, och leder till en ökad osäkerhet och arbetsbelastning som även kan få negativa konsekvenser för patienten
- Olika förslag på lösningar är: nationella beslutsstöd och standardiserade processer om vårdtider för olika diagnoser, stärkta rutiner samt professionellt stöd till läkarna i att göra dessa bedömningar.

Kapitlet bygger på intervjuer med personal och chefer från kommuner, slutenvård och primärvård, exempelvis biståndshandläggare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, enhetschefer och verksamhetschefer. Kapitlet baseras också på vår



enkätstudie där regionens samordnare, kommunens socialchefer, MAS och verksamhetschefer i primärvården har deltagit.

### Vad säger lagen om inskrivningsmeddelande och beräknat utskrivningsdatum?

Den slutna vården ska underrätta berörda enheter om patientens inskrivning inom 24 timmar genom ett inskrivningsmeddelande (2 kap. 3 § LoSUS). Syftet med bestämmelsen är att alla berörda enheter i kommunen och regionens öppna vård snabbt ska informeras om patientens inskrivning i den slutna vården, för att på så sätt påskynda att patienter skrivs ut från slutenvården så snart som möjligt efter att de bedöms som utskrivningsklara (prop. 2016/17:106). Enligt lagen ska ett inskrivningsmeddelande innehålla upplysningar om patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress samt beräknad tidpunkt för utskrivning (2 kap. 2 § LoSUS).

Kravet på uppgift om beräknad tidpunkt för utskrivning är ny i och med lagen. Om den beräknade tidpunkten för utskrivning ändras efter ett inskrivningsmeddelande har skickats, ska den slutna vården så snart det är möjligt underrätta de berörda enheterna om den nya beräknade tidpunkten för utskrivning (2 kap. 4 § LoSUS).

## 12.1 FLYTTADE UTSKRIVNINGSDATUM BESKRIVS SOM ETT VANLIGT PROBLEM

Att bedöma förväntad vårdtid och ge ett utskrivningsdatum som kvarstår tills patienten skrivs ut uppfattas som ett av de svåraste momenten i lagen att uppfylla, visade vår delrapport. Det återkommer som en central utmaning i den här rapporten. En återkommande bild vi får från både kommuner, primärvård och slutenvård är att utskrivningsdatum flyttas frekvent både framåt och bakåt, ofta med kort varsel. Det beskrivs som ett stort problem för en fungerande planeringsprocess särskilt för kommunerna.

” I vissa fall ändras datum flera gånger, det finns exempel på att det har skett mer än sex gånger för en patient. Jag uppskattar att i mer än 50 procent av ärendena flyttas datum.”

(samordnare)

### 12.1.1 Flyttade datum beror på komplexa vårdförlopp och ändrade medicinska tillstånd

Vad beror det då på att datumen flyttas? Det finns olika förklaringar till det, visar våra intervjuer med personal i slutenvården. Framför allt handlar det om att det är svårt att så tidigt i processen, redan inom 24 timmar efter inskrivningen, bedöma och förutse vårdförlopp och ge ett utskrivningsdatum

som kvarstår tills patienten skrivs ut. I synnerhet om patienten har ett komplext tillstånd kan det vara svårt. Det kan innebära att utskrivningen försenas, men även att den tidigareläggs. Men det kan tillstöta komplikationer som ändrar det medicinska tillståndet även vid enklare diagnoser, påpekar läkare och sjuksköterskor inom slutenvården.

” Vid vissa diagnoser, exempelvis stroke, kan det vara svårt att ge exakt datum. En del individer får utskrivningsdatumet ändrat väldigt mycket och då hänger det på tillståndet. Vi ändrar inte för att vi inte kan bedöma, utan för att det har hänt någonting, komplikationer som feber till exempel.”

(sjukhuskoordinator/sjuksköterska, slutenvård)

### 12.1.2 Flyttade datum kan också bero på kultur, vana och rutiner

Det finns även andra orsaker till att datum ändras. Våra intervjuar visar på att det finns variationer i hur väl utskrivningsdatumerna stämmer både mellan olika sjukhus, avdelningar och enskilda läkare. Det är ett tecken på att det finns även andra orsaker än det medicinska tillståndet som påverkar om datum flyttas eller inte, menar både kommun- och slutenvårdspersonal. Variationerna kan delvis bero på de rutiner och den vana och den kultur som finns på den enskilda avdelningen och hos den enskilda läkaren, menar personal inom slutenvården.

” Hos vissa verksamheter fungerar det. Man sätter datum och ändrar det inte för mycket. Generellt fungerar det bra exempelvis på de geriatriska avdelningarna – de är vana vid planering, de har arbetat med det här tidigare. Men det fungerar sämre på intermedicin och på kirurgen. Det handlar inte så mycket om patientdiagnoserna, utan mer om kultur.”

(läkare, slutenvård)

Hur rutinerna på slutenvårdsavdelningarna utformas kan påverka om och hur ofta datum ändras. Rutinerna kan se olika ut. På vissa håll finns rutiner som innebär att generaliserade vårdtider om exempelvis två dagar sätts för alla patienter. Det medför ofta att datumet i regel behöver flyttas successivt. På andra håll sätts alltför tidiga utskrivningsklardatum medvetet för att sätta press på kommunen att påbörja insatser, berättar sjuksköterskor inom slutenvården. Det är en vana som finns kvar sedan innan lagen infördes, menar



de. På ytterligare andra håll menar personal i slutenvården att det generellt saknas både rutiner och erfarenhet av att sätta utskrivningsdatum så tidigt.

Läkarna kan också ha varierande vana och erfarenhet av att så tidigt i processen göra en bedömning av utskrivningsdatum som kan påverka i vilken omfattning utskrivningsdatumet ändras, menar slutenvårdspersonal. Läkarna har inte heller alltid tillräcklig insikt i helheten i utskrivningsprocessen och hur de datum de lämnar eller inte lämnar påverkar andra aktörer, menar personer från både slutenvård, primärvård och kommuner.

” Läkaren ser inte sin roll, utan det är mer att ”jag tar hand om den här biten, jag sköter mitt”, och då förstår man inte hur man ska tänka brett och vilken viktig roll man har. De förstår inte vilken betydelse besluten har för kommunen.”

(läkare, slutenvård)

## 12.2 FLYTTADE DATUM HINDER I PLANERINGSPROCESSEN

De flyttade datumen påverkar i hög utsträckning primärvårdens och kommunernas planering av insatser. De ständiga förändringarna hindrar i synnerhet kommunens möjligheter att planera inför en patients hemgång på ett bra sätt, enligt våra intervjuer med personal från kommunerna. De flyttade datumen innebär till exempel att insatser planeras och resurssätts med personal och boenden redo att ta emot en person som sedan inte kommer. De flyttade datumen innebär också ökad tidsåtgång för planering och administration, när personal ständigt behöver bevaka it-system för att upptäcka datum som plötsligt kan komma att ändras, och att därefter planera om insatser. Det bidrar också till en ökad arbetsbelastning, stress och osäkerhet för personalen, menar många vi intervjuat (se kapitel 8).

” Det är en stressfaktor att man inte kan planera sin dag. Till exempel kan det vara så att det inte finns några planerade utskrivningar på morgonen, men sedan kommer det fem patienter på eftermiddagen. Men det kan också vara så att vi fått ett datum och planerat allt, men så kommer ingen utskrivningsklar, och vi får stoppa alla våra insatser.”

(specialistsjuksköterska, kommun)

” Vi vet inte om hemgången förrän samma dag oftast. Det är en jättestor anpassning i arbetssätt för alla kommunens professioner.”

(arbetsterapeut, kommun)

” Den största förändringen är att vi håller på att planera ihjäl oss. Vi planerar och riggar, planerar och riggar. Och det rivs upp, och förändras, förändras, förändras. Allt rivs upp.”

(hälso- och sjukvårdschef, kommun)

” Vi är stand by hela tiden. Datumet för utskrivningsklar flyttas både framåt och bakåt, oftast med kort varsel. Vi får göra mycket samma dag. Det påverkar ju patienten.”

(biståndshandläggare, kommun)

Personal i flera kommuner uppger att de i vissa fall slutat ta hänsyn till preliminärt utskrivningsdatum, eftersom det sällan stämmer. Istället har de gått tillbaka till tidigare rutiner, vilket innebär att de väntar med att påbörja planering tills de får ett tillförlitligt datum. Det kan ibland bli samma dag som patienten går hem.

I slutänden kan ändrade datum påverka patienter och brukare, framhåller både chefer och personal inom kommunerna. Patienten drabbas om planeringen inför utskrivning inte påbörjas i tid utan blir hastigt och sent genomförd. Patienter och brukare kan också påverkas av den stress och ökade arbetsbelastning som personalen upplever till följd av flyttade datum, menar många vi talat med.

### 12.3 OLIKA FÖRSLAG PÅ LÖSNINGAR

I flera kommuner och regioner har man diskuterat och arbetat med att hitta lösningar på problemen med ändrade datum. Vi redogör här kortfattat för några av dem.

Några vi intervjuat menar att det finns behov av nationella beslutsstöd och standardiserade processer för olika diagnosers vårdtider, som ett stöd för läkarna i deras bedömningar. Andra menar att det kommer att vara svårt att skapa standardiserade förlopp, eftersom det ofta handlar om patienter med komplexa diagnoser som kräver individuella bedömningar.

Både sjuksköterskor och läkare inom slutenvården menar att läkarna kan behöva andra former av stöd i att göra bedömningarna och i synnerhet olika former av professionellt stöd. Exempelvis kan mer erfarna läkare stödja yngre, mer oerfarna läkare i bedömningar, prognoser och beslut, framhåller en läkare inom slutenvården. Ökad kunskap hos läkarna om utskrivningsprocessen och betydelsen av datumet för ”utskrivningsklar” kan också bidra till att minska benägenheten att ändra datum ofta och med kort varsel, anser personal i både slutenvård och kommuner. I vissa län har man också genomfört utbildningsinsatser riktade till läkare inom slutenvården.



I en del kommuner och regioner har ett omvänt kostnadsansvar för regioner vid flyttade datum diskuterats, för att komma tillrätta med problemen (kapitel 7). Andra frågar sig om så tidiga prelimära utskrivningsdatum egentligen är till gagn för patienten. Det viktiga är egentligen att kommunen får information om vilka insatser som pågår på sjukhuset och hur patientens status är, för att kunna göra en rimlig planering, snarare än att så tidigt få en exakt dag, menar en kommunal hälso- och sjukvårdschef.







## Fast vårdkontakt

I det här kapitlet tittar vi på den fasta vårdkontaktens roll och ansvar. Vi beskriver inledningsvis var vårdkontakten utses och vilken profession som har rollen. Därefter tittar vi närmare på några av de utmaningar som vi har identifierat. De viktigaste resultaten:

- Den fasta vårdkontakten utses oftast i primärvården, och är vanligtvis en sjuksköterska.
- Patienter får oftare en fast vårdkontakt jämfört med innan lagen infördes, men de får inte alltid information innan de skrivs ut om att de har en fast vårdkontakt eller hur de kan komma i kontakt med den.
- Den fasta vårdkontaktens roll uppfattas till viss del som både oklar och otillräcklig, i synnerhet efter kallelsen till samordnad individuell planering (SIP).

Kapitlet bygger på intervjuer med personal och chefer från kommuner, slutenvård och primärvård, exempelvis biståndshandläggare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, enhetschefer och verksamhetschefer. Kapitlet baseras också på vår enkätstudie där regionens samordnare, kommunens socialchefer, MAS och verksamhetschefer i primärvården har deltagit.



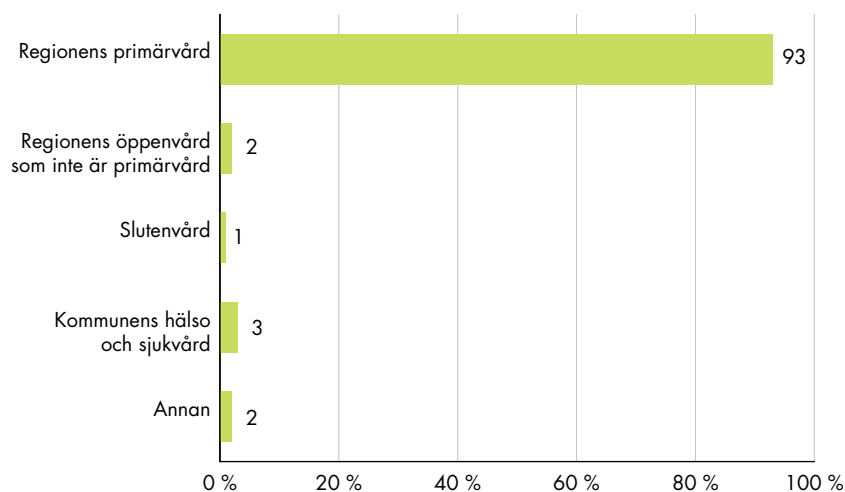
### Vad säger lagen om fast vårdkontakt?

Om en enhet i den regionfinansierade 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). Enligt förarbetena var syftet med den fasta vårdkontakten att den skulle ha en nyckelroll i samordningen för patienten. Den fasta vårdkontakten skulle också bidra till att synliggöra behovet av samspel och informationsutbyte mellan slutenvård och primärvård (prop. 2016/17:106).

## 13.1 FASTA VÅRDKONTAKTEN ÄR OFTA EN SJUKSKÖTERSKA I PRIMÄRVÅRDEN

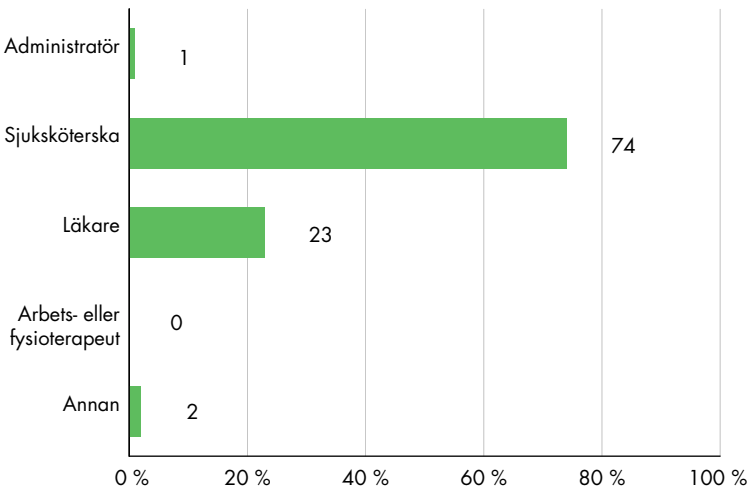
Var den fasta vårdkontakten utses kan variera, bland annat beroende på var patienten får sin fortsatta vård. Men oftast är den fasta vårdkontakten en sjuksköterska inom regionens primärvård, visar vår enkät. I stort sett samtliga (93 procent) verksamhetschefer i primärvården uppger att den fasta vårdkontakten utses i primärvården. Den fasta vårdkontakten utses också inom andra delar av regionens primärvård, slutenvården eller kommunens hälso- och sjukvård, men det sker sällan (figur 48).

**Figur 48.** Inom vilken organisation utses den fasta vårdkontakten?



De flesta verksamhetschefer i primärvården (74 procent) uppger att den fasta vårdkontakten är en sjuksköterska. Sjuksköterskan kan ha titeln fast vårdkontakt, men kan även kallas exempelvis vårdplaneringsköterska eller samordningssköterska, visar våra intervjuer. Den fasta vårdkontakten kan också vara en läkare, men det förekommer mer sällan: 23 procent av verksamhetscheferna uppger att den fasta vårdkontakten är en läkare. Till exempel kan en primärvårdsläkare vara fast vårdkontakt för de som bor på särskilda boenden (figur 49).

**Figur 49.** Vilken profession inom regionens primärvård utses oftast till fast vårdkontakt?



## 13.2 KOMMUNEN ÄR IBLAND FAST VÅRDKONTAKT

Våra intervjuer visar att primärvården ibland överlåter ansvaret för den fasta vårdkontakten till kommunen efter att kallelsen till SIP är gjord. Det förekommer också att en fast vårdkontakt utses direkt inom kommunen, utan att primärvården involveras alls. Det innebär att kommunen både kallar till SIP och följer upp insatserna.

” Om patienten har kommunal hälso- och sjukvård, kan kommunens sjuksköterska vara den fasta vårdkontakten då patienten redan känner hen. Detta i stället för att primärvårdens sjuksköterska blir den fasta vårdkontakten som patienten inte tidigare haft kontakt med.”

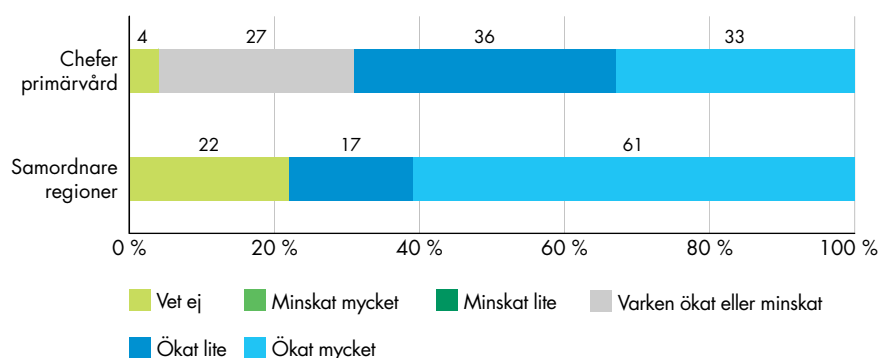
(MAS)



### 13.3 PATIENTER FÅR OFTARE FAST VÅRDKONTAKT MEN VET INTE ALLTID OM DET

Patienter får i högre utsträckning en fast vårdkontakt nu jämfört med innan lagen infördes, menar både samordnare och verksamhetschefer som har svarat på vår enkät. En majoritet (60 procent) av samordnarna men bara var tredje (33 procent) verksamhetschef i primärvården anser att det skett en stor ökning av patienter som får fast vårdkontakt. Men det är också fler samordnare som svarar att de inte vet om det skett en förändring eller inte (figur 50).

**Figur 50.** Patienter som får fast vårdkontakt har:



Samtidigt som patienter i högre utsträckning får en fast vårdkontakt är det oklart om patienterna känner till att de har en fast vårdkontakt, visar våra intervjuer. Till exempel får patienterna inte alltid information om den fasta vårdkontakten eller kontaktuppgifter till hen innan utskrivningen.

**”** Man får vårdkontakt men ändå inte. Problemet är att uppgifterna inte lämnas till patienten, inget namn eller telefonnummer.”

(koordinator)

### 13.4 POSITIV UPPFATTNING OM FAST VÅRDKONTAKT MEN ROLLEN ÄR OTILLRÄCKLIG OCH OKLAR

Enligt förarbetena till lagen skulle den fasta vårdkontakten ha en koordinerande nyckelroll i samordningen för patienten. Vår utvärdering visar att den fasta vårdkontakten uppfattas ha bidragit till steg i den riktningen. Samverkan upplevs ha förbättrats, i synnerhet mellan primärvården och

kommunerna (kapitel 9). Vår utvärdering visar också att primärvårdens medverkan utskrivningsprocessen har ökat även på andra sätt, exempelvis i planeringen (kapitel 15). Men även om primärvården involveras mer finns också en bred uppfattning om att primärvården inte i tillräcklig utsträckning har tagit den samordnande roll som behövs. En återkommande beskrivning är att ”primärvården inte är på banan” när det gäller att ta det koordinerande ansvaret. Men det finns också en stor variation mellan och inom olika regioner såväl som mellan olika vårdcentraler.

” Primärvården har blivit mer aktiv att ringa upp patienterna efter utskrivning, det är de duktiga på. Men att ta den samordnande planeringen – där är vi inte än.”

(koordinator, regionen)

Det finns flera anledningar till att primärvårdens roll upplevs otillräcklig, enligt våra intervjuer. En anledning som frekvent framförs är att primärvårdens inte har de resurser som behövs för att ta den koordinerande rollen fullt ut. En annan anledning är att uppdraget upplevs vara otydligt och oklart. Primärvårdens roll och förutsättningar behöver därför både tydliggöras och stärkas menar många.

### 13.5 DEN FASTA VÅRDKONTAKTEN HAR OKLAR ROLL EFTER SIP

Den fasta vårdkontaktens roll uppfattas till viss del som oklar, visar våra intervjuer med personal och chefer inom både slutenvård, kommuner och primärvård. Oklarheterna berör vilket ansvar och uppdrag primärvården ska ha i förhållande till den kommunala hälso- och sjukvården den fortsatta koordineringen av insatser. Primärvårdens roll i är särskilt oklar efter att kallelsen till SIP i gjord. Det kan särskilt gälla för patienter som har kommunal hälso- och sjukvård, menar personal inom både kommuner och primärvård. För dessa patienter kan primärvården också sakna tillgång till den information om patienten som de behöver för att kunna koordinera insatserna på ett bra sätt.

” När patienten är på korttidsboende eller särskilt boende (SÄBO), har sköterskan där ansvar. Men vi är fortfarande fast vårdkontakt och har inte en susning om vad som händer med patienten. Det blir otydligt. Det vore lättare om det var kommunens sköterskor som planerade och var fast vårdkontakt.”

(primärvårdsläkare)



Oklarheterna kan också ta sig uttryck i att flera anställda inom slutenvården och kommuner beskriver att de inte alltid vet vad som händer eller vem som koordinerar insatserna sedan den fasta vårdkontakten har utsetts. Vissa menar att de bara ser ett namn på ett papper, men att koordineringen i praktiken brister.

” Fast vårdkontakt blir bara en funktion på ett papper. Patienterna inom kommunal hälso- och sjukvård får inte den läkarkontakt de ska ha. Därför hamnar en del patienter på sjukhus i onödan.”

(MAS)

Det finns uppfattningar inom både primärvården, slutenvården och kommunerna om att den fasta vårdkontaktens borde ha ett tydligare och utökat uppdrag att fortsätta koordinera insatserna även efter kallelsen till SIP och det första SIP-mötet. Även sjuksköterskor inom primärvården som har rollen som fast vårdkontakt menar att deras uppdrag i praktiken är alltför avgränsat till att kalla till en SIP. Uppdraget borde pågå under längre tid, även sedan SIP är gjord, för att kunna följa upp och koordinera insatserna på ett bra sätt menar de.

### 13.6 PRIMÄRVÅRDENS RESURSER, UPPDRAG OCH ORGANISERING PÅVERKAR ROLLEN SOM FAST VÅRDKONTAKT

Den finns en samsyn inom både kommuner och regioner om att en anledning till att primärvårdens roll som fast vårdkontakt upplevs otillräcklig beror på att primärvården inte är tillräckligt rustad för det utökade uppdraget. Det behöver finnas tillräckliga resurser och bemanning som svarar mot uppdraget, menar de.

Hur primärvården organiseras och styrs nationellt, regionalt och lokalt, kan också påverka den fasta vårdkontaktens roll, menar flera. Det handlar dels om att primärvårdens och den fasta vårdkontaktens övergripande uppdrag behöver förtydligas och utvecklas. Det handlar också om att utveckla gränssnitten mellan regioner och kommuner för att samordningen ska fungera bättre, anser flera personer. Det handlar i grunden om frågan om vilken typ av vård som ska och kan utföras var och vem (kapitel 9). Även den kommunala hälso- och sjukvården behöver stärkas för att samordningen och den fortsatta vården och omsorgen ska fungera väl. Till exempel behövs ökad medicinsk kompetens i kommunerna, menar flera personer.

Även den lokala organiseringen och styrningen kan vara en anledning till att primärvårdens roll som samordnare är otillräcklig. Till exempel menar flera personer i olika län att mer fragmenterade system med många olika primärvårdsaktörer kan göra det svårare för primärvården att ta den samordnade rollen. Privata vårdcentraler saknar oftare den administrativa och organisatoriska överbyggnad som behövs för att ta den koordinerande rollen, menar somliga. samverka. Men även den lokala ledningen, enskilda chefer och personer på vårdcentralerna kan ha betydelse. I synnerhet har engagemang hos såväl personal som ledare och chefer en viktig roll för att primärvården ska ta en mer framträdande roll i samordningen, menar flera personer i kommuner, primärvård och slutenvård.







# Effekter på informationsöverföring





## Informationsöverföring

I det här kapitlet beskriver vi vilka effekter lagen har haft på informationsöverföringen i utskrivningsprocessen. Informationsöverföring både mellan och inom huvudmännen är en central del i den nya lagen. Att personalen tidigt har rätt och tillräcklig information är till exempel viktigt för att personalen ska kunna planera insatser efter patienters förutsättningar och behov. De viktigaste resultaten:

- Lagen uppfattas ha bidragit till att förbättra informationsöverföringen, särskilt mellan regionens primärvård och kommunerna enligt våra enkäter. Mer information överförs tidigare mellan flera verksamheter och är mer strukturerad. Men bilden av lagens effekter är delad. Det finns olika uppfattningar om informationsöverföringen har förbättrats eller inte.
- Att fler parter ska dela information i en process som går snabbare har tydliggjort befintliga hinder i informationsöverföringen men också skapat nya utmaningar, exempelvis om vilken information som ska delas när, hur och av vem. Att information om utskrivningsdatum ändras är en central utmaning.
- Tidigare kända hinder påverkar i stor utsträckning informationsöverföring: tillämpning av lagstiftning som rör sekretess och samtycke samt it-systemens bristande synkronisering och utformning är centrala hinder.
- Hindren i informationsöverföringen innebär att personalen lägger mycket tid på informationsöverföring och administrering av information.



Kapitlet bygger på intervjuer med personal och chefer från kommuner, slutenvård och primärvård, exempelvis biståndshandläggare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, enhetschefer och verksamhetschefer. Kapitlet baseras också på vår enkätstudie där regionens samordnare, kommunens socialchefer, MAS och verksamhetschefer i primärvården har deltagit.

### Vad säger lagen om informationsöverföring?

Information ska överföras mellan parterna vid olika tillfällen i processen. Ett stort ansvar för att överföra informationen ligger på den slutna vården, och det är vårdgivarens ansvar att tydliggöra hur uppgiften ska utföras och av vem (prop. 2016/17:106). Den slutna vården ska underrätta berörda enheter om patientens inskrivning inom 24 timmar (2 kap. 3 § LoSUS). Syftet med bestämmelsen är att alla berörda enheter i kommunen och regionens öppna vård snabbt informeras om patientens inskrivning i den slutna vården, för att på så sätt påskynda att patienter ska kunna skrivas ut från slutenvården så snart som möjligt efter att de bedömts som utskrivningsklara.

Ett annat centralt steg i informationsöverföringen är vid utskrivningen, när slutenvården ska överföra den information som är nödvändig senast samma dag som patienten skrivs ut från slutenvården (3 kap. 2 § LoSUS). Däremellan ska inblandade aktörer ta del av och komplettera informationen.

## 14.1 OLIKA SYN PÅ OM INFORMATIONSÖVERFÖRINGEN HAR FÖRBÄTTRATS

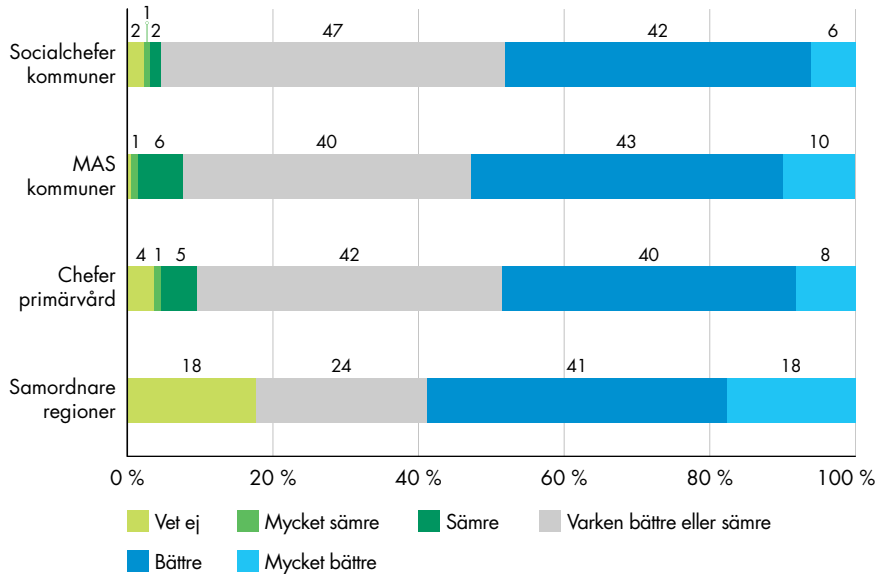
Lagen har bidragit till att förbättra informationsöverföringen, särskilt *mellan primärvården och kommunerna*, men många anser också att lagen inte fått några större effekter, i synnerhet när det gäller informationsöverföring *mellan slutenvården och kommunerna* samt *slutenvården och primärvården*. Bilden är också delad både mellan olika processioner, kommuner och regioner om informationsöverföringen har förbättrats eller inte. Det visar både vår enkätstudie och våra intervjuer. Samordnarna är överlag mer positiva än övriga grupper.

### 14.1.1 Förbättrad informationsöverföring mellan primärvård och kommuner

Hos både socialchefer, MAS, verksamhetschefer i primärvården och samordnare finns en samsyn om att lagen har bidragit till att informations-

överföringen har förbättrats *mellan primärvård och kommunerna*. Omkring hälften av socialcheferna (48 procent), MAS (53 procent), och verksamhetscheferna (48 procent) anser att informationsöverföringen mellan *primärvård och kommunerna* har blivit bättre. Men nästan lika många menar att det inte skett några större förändringar (figur 51).

**Figur 51.** Vilka effekter har lagen haft på informationsöverföringen mellan primärvården och kommunerna? Informationsöverföringen fungerar:



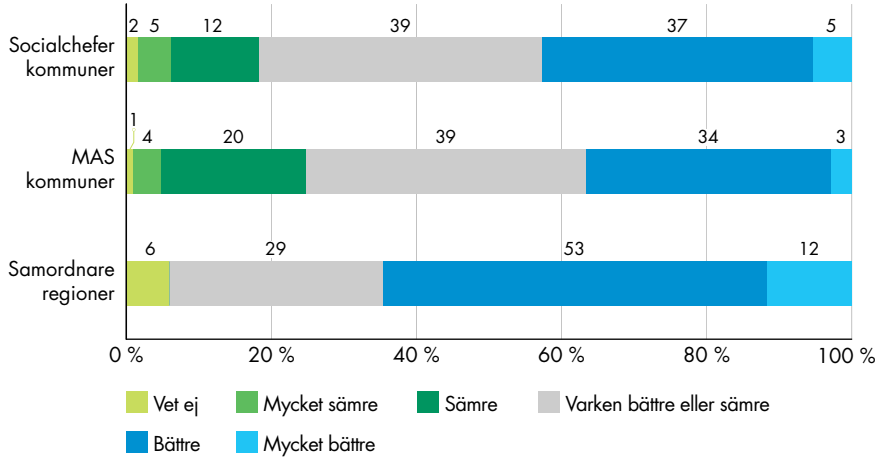
Not: Samordnarna svarar för slutenvården

### 14.1.2 Delad bild av informationsöverföringen mellan slutenvård och kommuner samt mellan slutenvården och primärvården

42 procent av socialcheferna och 37 procent av MAS anser att informationsöverföringen *mellan slutenvård och kommuner* har förbättrats. Men nästan lika många anser att informationsöverföringen varken är bättre eller sämre. Var fjärde MAS (24 procent) och nästan var femte socialchef (17 procent) menar att det till och med skett en försämring (figur 52).



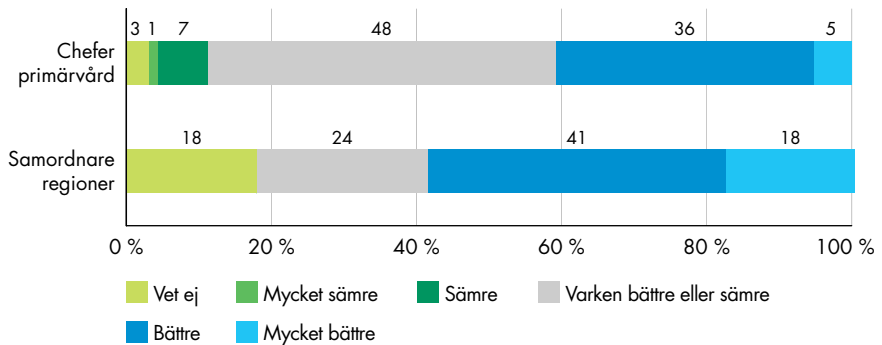
**Figur 52.** Vilka effekter har lagen haft på informationsöverföringen mellan slutenvården och kommunerna? Informationsöverföringen fungerar:



Not: Samordnarna svarar för slutenvården

Ungefär hälften av verksamhetscheferna i primärvården (48 procent) anser att informationsöverföringen *mellan slutenvården och primärvården* varken blivit bättre eller sämre, medan något färre (41 procent) tycker att det skett en förbättring. Samordnarna har även i den här frågan en mer positiv bild, men det är också fler som svarar att de inte vet om det skett några förändringar (figur 53).

**Figur 53.** Vilka effekter har lagen haft på informationsöverföringen mellan primärvården och slutenvården? Informationsöverföringen fungerar:



Not: Samordnarna svarar för slutenvården

## 14.2 MER INFORMATION ÖVERFÖRS TIDIGARE OCH MELLAN FLER PARTER

Vad är det då som gjort att informationsöverföringen på vissa håll fungerar bättre? Våra intervjuer och enkäter med personal inom slutenvården, primärvården och kommunerna visar att lagen har bidragit till att informationsöverföringen involverar fler parter, att mer information överförs i ett tidigare skede och att den är mer strukturerad. Både slutenvården och kommunerna menar att det är särskilt positivt att lagen bidragit till att primärvården är mer delaktig i informationsöverföringen.

Att lagen har bidragit till att frågor som rör informationsöverföringen har diskuterats lokalt, regionalt och nationellt ser också många som positivt. Lagen har på så sätt också synliggjort brister och hinder i informationsöverföringen. Att hindren aktualiserats och diskuterats är bra, menar många, eftersom de då kan börja åtgärdas. Till exempel har frågor som rör sekretess och samtycke tagits upp i både SKR:s nätverk samt i lokala och regionala arbetsgrupper. Det upplevs ha bidragit till att klargöra vissa otydligheter och på så sätt underlätta informationsöverföringen.

De it-system som har utvecklats för att svara mot lagens krav har också till viss del bidragit till att underlätta och effektivisera informationsöverföringen, men det finns stora variationer i hur väl it-systemen upplevs fungera.

## 14.3 BRISTER GÖR ATT INFORMATION ÄR OFULLSTÄNDIG, OTILLRÄCKLIG, KOMMER FÖR SENT ELLER INTE ALLS

Även om informationsöverföringen har förbättrats så beskriver personal och chefer i verksamheterna att det finns fortsatt stora hinder och utmaningar i informationsöverföringen. Bristerna varierar både i innehåll och i omfattning mellan och inom kommuner och regioner. I synnerhet är det personal i kommuner som beskriver att brister i informationsöverföringen i hög grad påverkar deras verksamheter och insatser. En återkommande bild från personal i kommunerna är att information i exempelvis slutdokumentation och läkemedelslistor ofta är ofullständig, otillräcklig och överförs för sent eller inte alls. En kommunal sjuksköterska beskriver det så här:



” Patienten är utskrivningsklar, men läkemedelslistan stämmer inte, den har man inte uppdaterat. Så patienten går hem med en inaktuell läkemedelslista. I bästa fall upptäcker vi det ... Men vi kan inte färdigställa läkemedel. Det fungerar inte och det tillhör vanligheterna. Det har alltid varit dåligt, men nu när personer kommer hem snabbare hinner man inte få allt klart och upptäcka det under vårdplaneringen. Det gör att det är värre nu.”

(sjuksköterska, kommun)

Att fler parter ska dela information i en process som går snabbare har tydliggjort och delvis förstärkt tidigare brister men också bidragit till nya, visar våra intervjuer. Att information om utskrivningsdatum tidigt ska överföras är nytt i och med lagen. Att information om utskrivningsdatum sällan stämmer och ofta ändras medför stora problem, vilket vi tittade på i kapitel 12. Andra hinder har till stor del funnits även tidigare men har nu aktualiserats, betonar många. I följande avsnitt beskriver vi vad dessa hinder och utmaningar består i och vilka effekter de får för verksamheternas professioner samt patienter och brukare.

#### 14.4 OLIKA UPPFATTNINGAR OM VILKEN INFORMATION SOM SKA DELAS NÄR

Hur arbetssätt och rutiner utformas i verksamheterna påverkar i hög grad hur informationsöverföringen fungerar. Att enas om vem som ska informera om vad i vilket skede är en särskild utmaning, som vi nu tittar närmare på.

Att avgöra *vilken* information som är relevant och viktig för andra parter kan vara svårt, visar vår utvärdering. Det finns också olika uppfattningar om *vilken* information som är nödvändig att dela. Olika professioners skilda utbildningsbakgrunder, kultur och uppdrag kan påverka både vilken information som de uppfattar relevant att dela och vilken typ av information som de behöver för att genomföra sitt arbete. Kommunens professioner, exempelvis arbets- och fysioterapeuter och biståndshandläggare efterfrågar ofta både mer, tidigare och en annan typ av information än den som slutenvården delar. En återkommande bild från arbets- och fysioterapeuter är att de ofta saknar tillräcklig information om patientens funktionsförmåga och *hur* patientens tillstånd påverkar det fortsatta behovet av exempelvis hjälpmedel. Avsaknad av dessa uppgifter kan påverka deras möjligheter att kunna planera på ett bra sätt.



” Rehab upplever att det som oftast saknas är hur det faktiskt kommer att fungera i hemmet med förflyttningar och hjälpmedel. Den informationsöverföringen fungerar ganska sällan bra.”

(hälso- och sjukvårdschef, kommun)

Att information upplevs vara bristfällig kan bero på svårigheter för slutenvårdens personal att ta reda på den information som kommunen behöver, till exempel uppgifter om hjälpmedel och patientens funktionsförmåga. En anledning till det kan vara att det saknas personal med rätt kompetens, till exempel arbetsterapeuter och fysioterapeuter på sjukhusen för att göra de bedömningar som ligger till grund för korrekt och komplett information, menar rehabpersonal från både region och kommun. Att slutenvårdens rehabiliteringsverksamhet, om sådan finns, sällan gör hembesök för att bedöma patientens behov av anpassningar och hjälpmedel, kan också få till följd att den information som kommunen efterfrågar saknas. Det innebär också att slutenvårdens samverkan med rehabiliteringsaktörer i kommuner, primärvård och annan öppenvård blir viktig för att nödvändig information ska kunna inhämtas och stämmas av. Samtidigt är samverkan med rehab är ett utvecklingsområde på flera håll, vilket vi tittade närmare på i kapitel 9. Att ansvaret för rehabiliteringen upplevs vara otydligt och splittrat på flera håll bidrar till exempel till svårigheter i informationsöverföringen, enligt flera vi intervjuat. Det innebär att slutenvården behöver ta reda på vilken aktör som är aktuell i det enskilda fallet, för att till exempel stämma av om hjälpmedel är på plats inför hemgång, vilket kan vara tidskrävande. Att informationen finns spridd på olika aktörer kan också bidra till att informationen blir fragmenterad och bristfällig. Utmaningar och hinder för samverkan kan därför leda till att även informationen brister.

#### 14.4.1 Olika uppfattningar om när information ska delas

Att personalen tidigt har rätt och tillräcklig information är centralt för att insatser ska kunna påbörjas i tid. Men att tidigt överföra information behöver ofta vägas mot att informationen också ska vara korrekt och fullständig. Vilka kunskapsbehov och uppdrag olika professioner har kan också påverka *när* i skedet informationen behövs. Det är några skäl till att det finns olika syn på när i processen information ska och kan delas. Exempelvis efterfrågar ofta biståndsbedömare och arbets- och fysioterapeuter i kommunerna både tidigare och mer fullständig information än den som slutenvården delar.



För kommunens personal är tidig och fullständig information viktigt för att tidigt kunna planera för insatser på ett bra sätt. Information som kommer för sent beskrivs som en central utmaning för kommunernas planering och möjligheterna att ta hem en utskrivningsklar person. Risken för att få betalningsansvar kan därför också vara en anledning till att kommunerna tidigt efterfrågar information från slutenvården. Slutenvården i sin tur kan uppleva att kommunen efterfrågar för mycket information för tidigt i processen. Det innebär också att det tar tid för dem att försöka svara på kommunens frågor.

” Kommunen vill hinna förbereda sig för att slippa få betalningsansvar. De är på tå, men de ringer för tidigt. Vi vet inte än vad som händer med patienten, men det har de ingen förståelse för ibland.”

(verksamhetsutvecklare, region)

## 14.5 SLUTENVÅRDEN HAR STORT ANSVAR FÖR ATT TA REDA PÅ OCH ÖVERFÖRA INFORMATION

Ett stort ansvar för att överföra informationen ligger på slutenvården, och det är vårdgivarens ansvar att tydliggöra hur det ska utföras (prop. 2016/17:106). Hur slutenvården efterlever sitt uppdrag påverkar därför i hög grad hur informationsöverföringen fungerar.

Rutiner och överenskommelser konkretiserar ofta vilka skyldigheter och vilket ansvar slutenvården har för att färdigställa och överföra information innan patienten skrivs ut. Våra intervjuer med personal från kommunen indikerar att det finns brister i slutenvårdens efterlevnad av dessa rutiner och överenskommelser. Det kan bidra till att informationen inte är färdigställd, komplett eller delas i tid.

” Regionen ska ju ha koll, de ska ha kollat att läkemedelslistor och hjälpmedel är på plats, och de ska informera oss. Men vi måste fråga och kolla om de har gjort det, och ofta har de inte det”

(chef, kommun)

Ansvaret för att sammanställa informationen i samband med utskrivning ligger till stor del hos läkarna, men även hos sjuksköterskorna. De ska till exempel se till att sluddokumentation och läkemedelslistor är kompletta och klara vid utskrivning. Resurs- och tidsbrist inom slutenvården kan vara en anledning till att informationen inte alltid är uppdaterad vid utskrivning eller

delas i tid, menar personal i slutenvården. Den ökade snabbheten i processen gör att den risken har ökat, påpekar flera personer.

En annan orsak till att slutenvården inte alltid överför tillräcklig information i tid kan vara att slutenvårdens läkare inte har tillräcklig insikt i hur den information de lämnar, eller inte lämnar, påverkar andra verksamheter, menar personer från både slutenvård, primärvård och kommuner. Det kan särskilt bidra till att utskrivningsdatum ändras (kapitel 12), men det kan även vara en anledning till att information kommer för sent eller är ofullständig.

## 14.6 PRIMÄRVÅRDEN BEHÖVER VARA MER DELAKTIG

Primärvården har också en viktig roll i informationsöverföringen, inte minst genom rollen som fast vårdkontakt. Enligt förarbetena skulle den fasta vårdkontakten bidra till att synliggöra behovet av informationsutbyte mellan slutenvård och primärvård (prop. 2016/17:106). Hur väl den fasta vårdkontaktens roll fungerar påverkar därför i stor utsträckning hur informationsöverföringen mellan slutenvård och primärvård fungerar. Vi tittar närmare på den fasta vårdkontaktens roll i kapitel 13.

På flera håll beskriver man att primärvården är mer aktiv och involverad i informationsöverföringen nu än innan lagen infördes, vilket personal inom både slutenvården och kommunerna upplever är mycket positivt. Samtidigt finns en stor variation i hur väl informationsöverföring med primärvården fungerar. På flera håll beskriver personal från slutenvården att vårdcentralerna inte svarar på inskrivningsmeddelanden eller återkommer med uppgifter om fast vårdkontakt. Både personal från slutenvård och kommuner menar att primärvården skulle behöva vara mer involverad i informationsöverföringen. Det gäller både i rollen som samordnare av information och i informationsutbytet.

Ur primärvårdens perspektiv beskrivs olika anledningar till att informationsöverföringen brister. Primärvårdens resurser, organisering och uppdrag påverkar i hög grad primärvårdens roll i informationsöverföringen. Den finns en samsyn inom kommuner och regioner om att det behöver finnas tillräckliga resurser och bemanning för att primärvården ska ta en tydligare roll i informationsöverföringen. Vi tittade närmare på primärvårdens roll och förutsättningar i kapitel 8, 9 och 13.



## 14.7 LAGSTIFTNING OCH DESS TILLÄMPNING ÄR ETT HINDER

Tillämpningen av lagstiftning som rör vilken information som kan delas mellan och inom huvudmännen påverkar i stor utsträckning informationsöverföringen. Till stor del har detta varit ett problem även tidigare, och problemen är också väl kända, menar många. Däremot har hindren blivit mer tydliga och aktuella i och med lagen.

Lagstiftning tillämpas och tolkas på olika sätt i verksamheterna. Det är en trolig anledning till att det finns olika uppfattningar om i vilken grad det är lagstiftningen som påverkar informationsöverföringen, och i vilken grad det handlar om andra saker.

### Vad säger lagen om sekretess och samtycke

I den offentliga hälso- och sjukvården omfattas uppgifter om en 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)). Det innebär att uppgifter om patienten i hälso- och sjukvården som utgångspunkt omfattas av sekretess, och att uppgifterna inte får röjas om det inte finns särskilda undantag, sekretessbrytande bestämmelser eller en menprövning som gör det 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).

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 bestämmelsen kan uppgifter alltså lämnas till berörda enheter även om de drivs i privat regi (prop. 2016/17:106).

Däremot är bestämmelsen om *underrättelse om att patienten är utskrivningsklar* inte formulerad som en sekretessbrytande bestämmelse. Det innebär att utlämnandet av information till stor del bygger på patientens samtycke (10 kap. 1 § och 12 kap. 2 § OSL). Om patienten inte samtycker finns ändå möjligheter till ett utlämnande av uppgifter. Det kan ske om den enskilde eller någon närstående till denna inte lider men av det (25 kap. 1 § OSL).

Lagstiftning som rör sekretess och dess tillämpning är ett hinder för att personal ska kunna dela den information de behöver både mellan och inom huvudmännen, uppger många. Det handlar till stor del om den lagstiftning som reglerar möjligheter att dela information mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det finns också utmaningar med att dela information mellan den kommunala och regionala hälso- och sjukvården. Det beror delvis på att det finns två olika huvudmän, både region och kommuner, som har ett

ansvar för hälso- och sjukvården. Men det handlar också om hur de lokala och regionala journal- och it-systemen är utformade. Vi återkommer till det i avsnitt 14.8. I praktiken kan det innebära att personal inom kommunens hälso- och sjukvård, som distriktssköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut, kan ha tillgång till båda hälso- och sjukvårdshuvudmännens journalsystem, medan socialtjänstens yrkesgrupper varken har tillgång till kommunens eller regionens hälso- och sjukvårds journalsystem. Tillgången till gemensamma journalsystemen varierar också mellan och inom kommuner och regioner.

” Kommunens distriktssköterska har tillgång till att läsa och skriva i slutenvårdens journal, men inte arbetsterapeut och fysioterapeut.”  
(MAS, kommun)

” Lagstiftningen är ett problem vid informationsöverföringen, särskilt för hemsjukvården som inte kan gå in i slutenvårdens journaler eftersom de hör till en annan huvudman.”  
(sjukhuskoordinator, region)

” Störst risker finns för patienter med kognitiv svikt eller kommunikationssvårigheter. Om patienten inte kan redogöra för vad som har skett i slutenvården, då behövs informationen, och man behöver komma in och utreda vad som har hänt, men då kan sekretessen utgöra ett hinder.”  
(MAR, kommun)

### 14.7.1 Samtyckesförfarande varierar och oklarheter finns

Lagstiftning och rutiner som rör samtycke påverkar också möjligheterna att överföra information. Enligt lagstiftning ska samtycke från patienten inhämtas innan information kan delas mellan verksamheterna. Lagen beskriver inte i detalj hur samtyckesförfarandet därefter ska gå till, utan det måste anpassas efter varje situation. Det bidrar till att samtyckesregler tolkas olika och att rutinerna för att inhämta samtycke varierar i verksamheterna. Det finns också olika uppfattningar om och i vilken grad samtyckesregler innebär utmaningar eller inte.



### Vad gäller vid samtycke?

Utlämnandet av information bygger till stor del på patientens samtycke (10 kap. 1 § och 12 kap. 2 § OSL). Samtycket definieras i 4.11 i GDPR som "varje slag av frivillig, specifik, informerad och otvetydig viljeyttring, genom vilken den registrerade, antingen genom ett uttalande eller genom en entydig bekräftande handling, godtar behandling av personuppgifter som rör honom eller henne." Men det finns ingen detaljreglering om vad ett samtycke omfattar. Det innebär att vad samtycket omfattar kan variera från fall till fall. Både ett förfarande med ett samtycke som omfattar flera åtgärder och mer avgränsade samtycken kan alltså vara korrekt beroende på situationen.

För att samtycket ska anses giltigt krävs däremot att patienten genom en *frivillig, särskild och otvetydig viljeförklaring* godtar att den personuppgiftsansvarige vidtar de åtgärder som behandlingen av information om hen består i (prop. 2007/08:126 s. 243). Hänsyn måste alltså tas till varje enskild situation och påverkas av om patienten till exempel har nedsatt beslutsförmåga eller andra särskilda förutsättningar som påverkar hens möjlighet att lämna ett samtycke som lever upp till dessa krav.

I förarbetena till patientdatalagen anges att kravet på att samtycket ska vara frivilligt ger uttryck för att den enskilde verkligen ska ha ett val. En patient kan inte heller lämna ett giltigt generellt samtycke om det inte är preciserat till något eller några ändamål, vilket följer av kravet på att samtycket ska vara särskilt. Att samtycket ska vara otvetydigt innebär att det inte får råda någon tvekan om att den registrerade godtar personuppgiftsbehandlingen (prop. 2007/08:126 s. 252 f.).

Våra intervjuer visar att samtyckesförfarandet på flera håll ändrats i liten omfattning sedan lagen infördes: patienten tillfrågas om samtycke vid inskrivning och det samtycket omfattar då samtliga aktörer i utskrivningsprocessen, även inom kommuner och primärvård. På andra håll menar man att samtyckesförfarandet behöver ändras eftersom lagen har medfört att fler aktörer behöver ta del av informationen, bland annat primärvården. Det innebär att samtycket behöver hämtas in upprepade gånger av olika verksamheter, menar de. Men att be patienten lämna samtycke flera gånger uppfattas samtidigt både vara svårt och ineffektivt för verksamheterna. Det är heller inte bra om patienten ska behöva tillfrågas upprepade gånger, menar många.

Ibland är det ottydligt vad samtycket egentligen omfattar, både för verksamheterna och för patienterna. Till exempel kan det vara ottydligt både vilka uppgifter som enligt samtycket får delas och vilka verksamheter som samtycket omfattar. Patienter beskrivs också i varierande grad få informationen om vad samtycket innebär. Många menar att patienter behöver informeras tydligare om vad samtycket omfattar och att det är många olika aktörer som kan ta del av uppgifterna.

På flera håll menar man att det behövs ett förtydligande av samtyckesförfarandet, och hur samtyckesregler ska tolkas och tillämpas. Det har också diskuterats, både inom SKR:s nätverk samt lokalt och regionalt. Lagen har på så sätt gjort både sekretess- och samtyckesförfarandet till en aktuell fråga.

” Vi behöver tydliggöra vad samtycket innebär, att vi meddelar kommun, vårdcentral och Nationell patientöversikt (NPÖ). Vi behöver informera patienten: Vad innebär det?”

(samordnare, kommun).

## 14.8 SYNKRONISERING AV IT-SYSTEM BEHÖVER UTVECKLAS

Lagen har bidragit till att fler parter behöver kunna utbyta information, samverka och planera tillsammans. Utveckling och införande av nya it-system har därför varit centralt i det lokala och regionala utvecklingsarbetet (se bilaga 1). Det har både skapat nya möjligheter till informationsöverföring, men det har också bidragit till nya utmaningar och synliggjort befintliga hinder. Att fler parter ska kunna utbyta information, samverka och planera tillsammans i it-system innebär också att både fler och mer omfattande it-system behöver integreras och synkroniseras med varandra. Det är sedan tidigare väl känt att vården och omsorgen har många olika It- system sällan är tillräckligt synkroniserade med varandra (Vårdanalys 2013, Vårdanalys 2019). Det bekräftas av den här utvärderingen: brister i synkroniseringen och utformningen av it-systemen bidrar till stora utmaningar. Samtidigt pågår utvecklingsarbete både nationellt, regionalt och lokalt för att komma till rätta med detta och utveckla en mer sammanhållen informationsstruktur.

Vår studie visar att det i de flesta län finns en uppsättning olika journal- och dokumentationssystem inom både regioner och kommuner. De här systemen upplevs sällan vara tillräckligt synkroniserade och kompatibla med varandra, för att stödja en smidig informationsöverföring. Slutenvården kan till exempel ha flera olika och andra journalsystem än primärvården i samma region, och privata och offentliga utförare kan ha ytterligare andra system. Den kommunala hälso- och sjukvården har i sin tur andra system än regionen, och inom en och samma kommun kan socialtjänst och hälso- och sjukvård ha olika dokumentationssystem. Det gör sammantaget att det finns många olika system som inte alltid kan eller får utbyta information med varandra.



Det finns ett nationellt övergripande system som heter Nationell patientöversikt (NPÖ), som gör det möjligt för personal att ta del av information mellan regioner, kommuner och privata vårdgivare. Men tillgången till och användningen av NPÖ varierar, både mellan regioner och kommuner samt inom dem, visar både vår undersökning och tidigare studier. I vilken utsträckning information överförs till NPÖ från andra journalsystem varierar också (Vårdanalys 2019).

Vår utvärdering visar att användningen och tillgången till de it-system som har utvecklats i samband med lagen varierar. Exempelvis saknar rehabiliteringsaktörer tillgång till det gemensamma it-systemet på vissa håll.

” Vi har flera system: Elvis som är ett patientadministrativt system används för in- och utskrivningar, så har vi Melior som är vårt journalsystem. Nu pratar Melior och Elvis med varandra. Men Melior pratar inte direkt med SAMSA [system som används i utskrivningsprocessen. Vårdanalys tillägg], så vi dubbeldokumenterar i SAMSA och journalerna. Och så har vi ju NPÖ, men det använder inte alla, en del känner inte ens till NPÖ...”

(verksamhetsutvecklare, region)

### 14.8.1 Bristande synkronisering får flera följder

Bristande synkronisering mellan systemen innebär att information ofta behöver överföras manuellt och upprepade gånger mellan systemen. Det innebär en risk för att information faller bort på vägen, eller att information inte hinner uppdateras i de olika systemen. Den ökade snabbheten i processen gör att den risken har ökat, påpekar flera personer.

Att informationen om patienten och brukaren är spridd i olika system kan också göra det svårt för de olika yrkesgrupperna att få en samlad bild av en patients eller brukares situation och behov. Det påverkar både möjligheterna till helhetssyn på och samordning av insatser för patienter, framhåller personal inom både slutenvård, primärvård och kommuner. Bristerna i synkronisering mellan systemen innebär också att tillgången till information hos personalen varierar. Det kan skapa en osäkerhet om informationen är korrekt och tillförlitlig och om andra har informationen eller inte. Det får till följd att informationen behöver dubbelkollas och stämmas av flera gånger, i såväl it-systemen som muntligt.

” Personal inom kommunen lägger mycket tid på att söka efter och dubbelkolla information. Ofta stämmer inte informationen mellan olika journalsystem, it-system och NPÖ.”

(chef, kommun)



” Om vi visste att informationen var tillförlitlig skulle vi slippa mycket arbete. Att jaga information tar mycket tid, och det har lett till mer administration.”

(arbetsterapeut, kommunal hälso- och sjukvård)

Sammantaget innebär det att personal inom både slutenvården, primärvården och kommunerna lägger mycket tid på att eftersöka och dubbelkontrollera information både i it-systemen men även på andra sätt.

## 14.9 IT-SYSTEMEN ÄR INTE ALLTID ANVÄNDARVÄNLIGA

Ett annat hinder i informationsöverföringen som återkommande framförs är att informationssystemen inte är tillräckligt anpassade efter professionernas eller patienternas behov. Det innebär både att systemen inte används på ett ändamålsenligt sätt och att mycket tid läggs på att hantera systemen. Men på flera håll beskriver man att systemen fungerar bättre efterhand, även om de ansågs svåra att använda i början.

En återkommande beskrivning från personal är att systemen kräver många "klick" eller att det behövs specialkunskap för att ens komma in i systemen. Många tycker också att det är otydligt var och hur olika typer av information ska dokumenteras och sparas. Det bidrar till att personal lägger mycket tid både på att dokumentera på rätt ställe och på att hitta rätt information. I synnerhet vissa yrkesgrupper, exempelvis arbetsterapeuter och fysioterapeuter, upplever också att it-systemen inte är utformade för att på ett strukturerat sätt samla in den information som de efterfrågar. Exempelvis kan det finnas utrymme i systemen för information om diagnos, men inte för *hur* en diagnos påverkar en patients funktionsförmåga, vilket är viktigt information för att flera yrkesgrupper ska kunna påbörja sin planering. It-systemen uppfattas inte heller vara utformade som det kombinerade informationsöverförings- och planeringsverktyg som det finns behov av. Vi tittar närmare på det i kapitel 15.

Brister i användarvänlighet bidrar också till att systemen inte används i den omfattning som det var tänkt, i synnerhet inte i vid hög arbetsbelastning och stress.

” För en vårdavdelning med stressade sköterskor är systemen inte användarvänliga. De som gör systemen är inte på golvet, de ser inte hur det är på riktigt. Att skriva i systemen kräver vissa extramoment och alla moment, allt klickande, tar tid. Det gör att de inte använder funktionerna. Det hade behövts mer medverkan från professionerna för att systemen ska bli mer användarvänliga.”

(verksamhetsutvecklare, region)



### **14.9.1 Personalen täcker upp för brister men det tar tid**

Att informationsöverföringen har brister medför en rad följder för verksamheter och personal, som också kan få konsekvenser för patienter och brukare. Framförallt innebär bristerna att informationsöverföringen tar mycket tid. Våra intervjuer ger en entydig bild av att personal inom både slutenvården, primärvården och kommunerna lägger mycket tid på att administrera, eftersöka, dokumentera och dubbelkontrollera information på olika sätt.

Det är också en anledning till att administrationen beskrivs ha ökat (kapitel 8). Följden är att personalen i verksamheterna får mindre tid över till patienter och brukare, påpekar många.

Fritextmeddelanden, telefonsamtal och möten (digitala såväl som fysiska) fortsätter att fylla en viktig funktion i informationsöverföringen inför utskrivningen menar i synnerhet personal från kommunen, men även personal inom slutenvården och primärvården menar att samtal kan både kompensera för bristerna i it-systemen och fylla andra funktioner som inte it-systemen kan. Vi återkommer till det i kapitel 15 om Planering.





## Planering

I det här kapitlet studerar vi vilka effekter lagen har haft på den gemensamma planeringsprocessen inför och efter utskrivning. Samverkan i den gemensamma planeringen är en central del av utskrivningsprocessen. Den gemensamma planeringen berörs också på flera sätt av lagen. Avsikten enligt lagen och dess förarbeten är till exempel att planeringen ska påbörjas tidigt. Mindre fokus ska också läggas på att upprätta en vårdplan, och i stället ska den individuella planeringsprocessen vara central. De viktigaste resultaten:

- Lagen har bidragit till förbättringar i planeringsprocessen, i synnerhet mellan primärvården och kommunerna, men bilden är delad.
- Gemensamma planeringar i slutenvården har minskat, medan planeringar i patientens hem eller på ett boende har ökat.
- Lagen har bidragit till en mer digitaliserad planeringsprocess; användning av digital teknik har ökat och fysiska möten har minskat.
- Det finns en otydlighet i när, hur och var olika former av planering ska genomföras, och vilka patienter som ska erbjudas en SIP.
- Fler patienter får i dag en SIP, men det är oklart hur många.
- Förändringarna kan ha positiva effekter för patienter och brukare, men det kan också försvåra deras delaktighet och trygghet, i synnerhet om nya och fungerande arbetssätt och funktioner inte är på plats.

Kapitlet bygger på intervjuer med personal och chefer från kommuner, slutenvård och primärvård, exempelvis biståndshandläggare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, enhetschefer och verksamhetschefer. Kapitlet baseras också på vår



enkätstudie där regionens samordnare, kommunens socialchefer, MAS och verksamhetschefer i primärvården har deltagit.

### Vad säger lagen om planering?

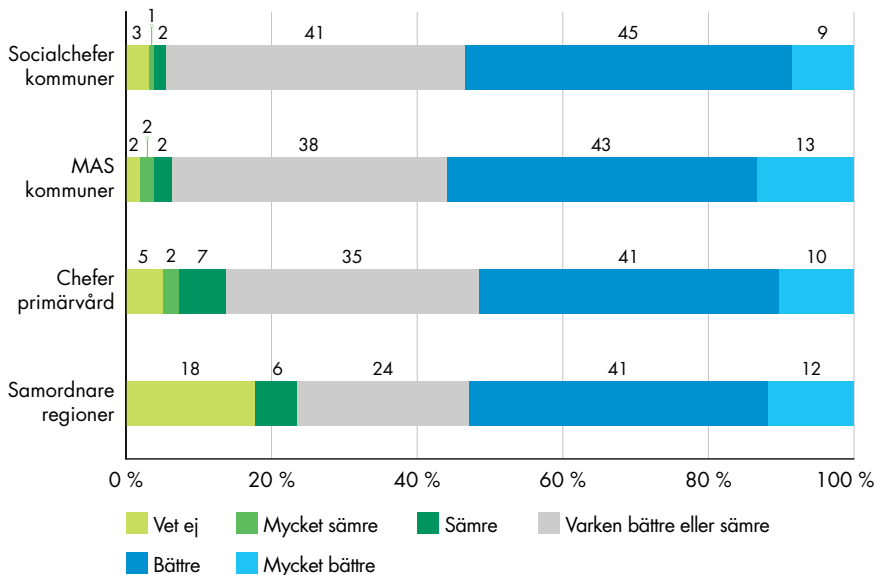
Lagen tydliggör att verksamheter inom socialtjänst och öppen hälso- och sjukvård tidigt måste påbörja planeringen inför patientens utskrivning från den slutna vården (2 kap. 6 §. LoSUS).

I förarbetena till lagen var inriktningen också att i mindre utsträckning styra mot när i tiden en vårdplanering ska äga rum, och att lägga mindre fokus på att upprätta en vårdplan. Berörda parter skulle i stället fokusera på individuell planering – en process som behöver anpassas efter patientens skiftande behov över tid (prop. 2016/17:106). Förarbetena menar att upprättandet av en vårdplan var mer lämpligt på den tiden när vårdtider inom slutenvården var längre och patienten fick rehabilitering och återhämtning under själva slutenvårdsvistelsen (SOU 2015:20). Att upprätta en vårdplan var också ett av de kriterier som formulerades i BAL som grund för att kommunens betalningsansvar skulle inträda.

## 15.1 LAGEN HAR BIDRAGIT TILL FÖRBÄTTRINGAR I PLANERINGSPROCESSEN MEN BILDEN ÄR DELAD

Vår enkätstudie visar att lagen har bidragit till förbättringar i den gemensamma planeringsprocessen, i synnerhet *mellan primärvården och kommunerna*. Mer än hälften av de svarande anser att planeringar fungerar bättre eller till och med mycket bättre jämfört med innan lagen trädde i kraft (figur 54). Samtidigt anser mer än en tredjedel av de svarande (mellan 30 och 44 procent) att det inte skett några förbättringar.

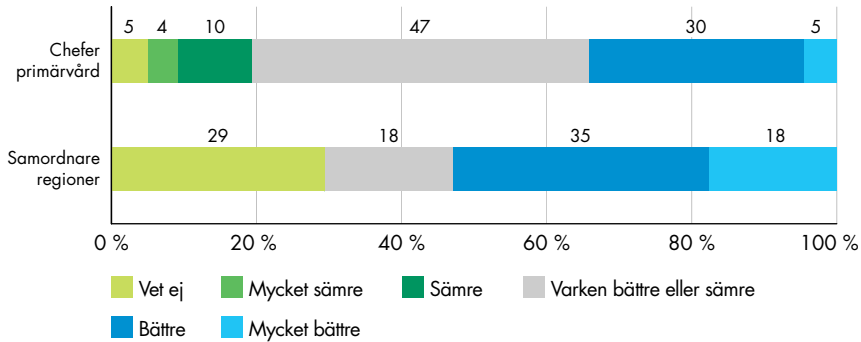
Figur 54. Gemensamma planeringar mellan kommunerna och primärvården fungerar:



Not: Samordnarna svarar för slutenvården

Bilden är mer delad när det gäller planeringsprocessen *mellan slutenvården och primärvården*. Samordnarna har en mer positiv bild än verksamhetscheferna i primärvården, som i hög grad (47 procent) anser att planeringsprocessen varken fungerar bättre eller sämre. Var tredje verksamhetschef i primärvården anser att planeringsprocessen fungerar bättre (figur 55).

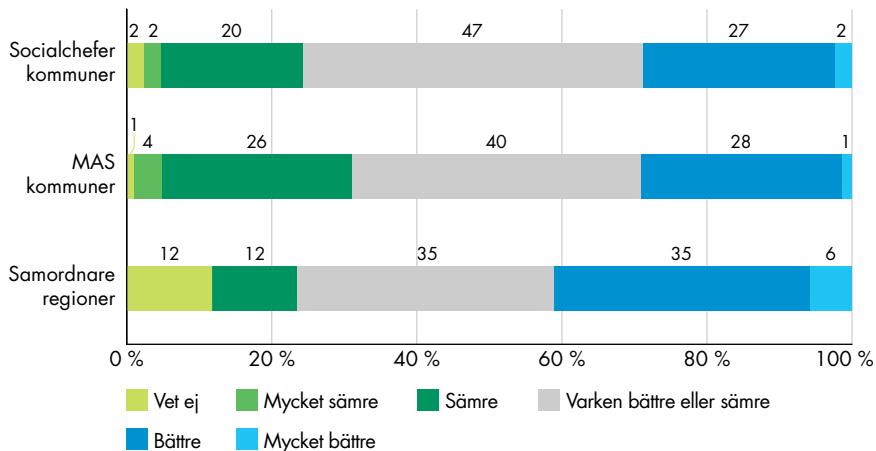
**Figur 55.** Gemensamma planeringar mellan slutenvården och primärvården fungerar:



Not: Samordnarna svarar för slutenvården

Även när det gäller lagens effekter på planeringsprocessen *mellan slutenvården och kommunerna* är bilden inte samstämmig. Samordnarna för regionerna har en positiv bild (41 procent), medan nästan hälften av socialcheferna (47 procent) menar att planeringsprocessen varken fungerar bättre eller sämre. Var femte (22 procent) socialchef och var tredje MAS (30 procent) anser till och med att planeringen mellan slutenvården och kommunerna fungerar sämre (figur 56).

**Figur 56.** Gemensamma planeringar mellan slutenvården och kommunerna fungerar:



Not: Samordnarna svarar för slutenvården

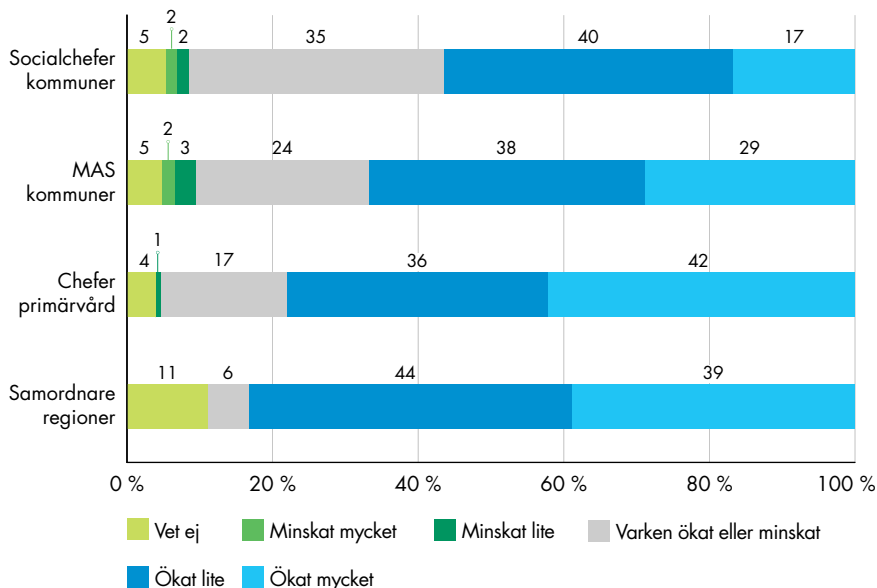
I intervjuerna framkommer några orsaker till att planeringen fungerar bättre. Att planeringen påbörjas tidigare och i högre grad involverar primärvården är en positiv effekt av lagen som också gör att planeringsprocessen fungerar bättre, menar många. Uppfattningarna är mer varierande när det gäller effekterna av andra förändringar i planeringsprocessen. Vi tittar i de följande avsnitten på de förändringarna och vad de kan ha bidragit till.

## 15.2 PRIMÄRVÅRDEN MEDVERKAR MER I GEMENSAM PLANERING

Lagen har haft effekter för *vilka parter* som medverkar i planeringar, visar vår utvärdering. Lagen har särskilt bidragit till att primärvården medverkar mer i gemensamma planeringar. Det visar både våra enkätsvar och intervjuer.

En klar majoritet av samtliga svarande ser en ökning av primärvårdens medverkan i planeringen. Både samordnarna och verksamhetscheferna i primärvården (omkring 40 procent) men även MAS (29 procent) menar att primärvårdens medverkan har ökat mycket (figur 57).

**Figur 57.** Primärvårdens medverkan i planeringen har:

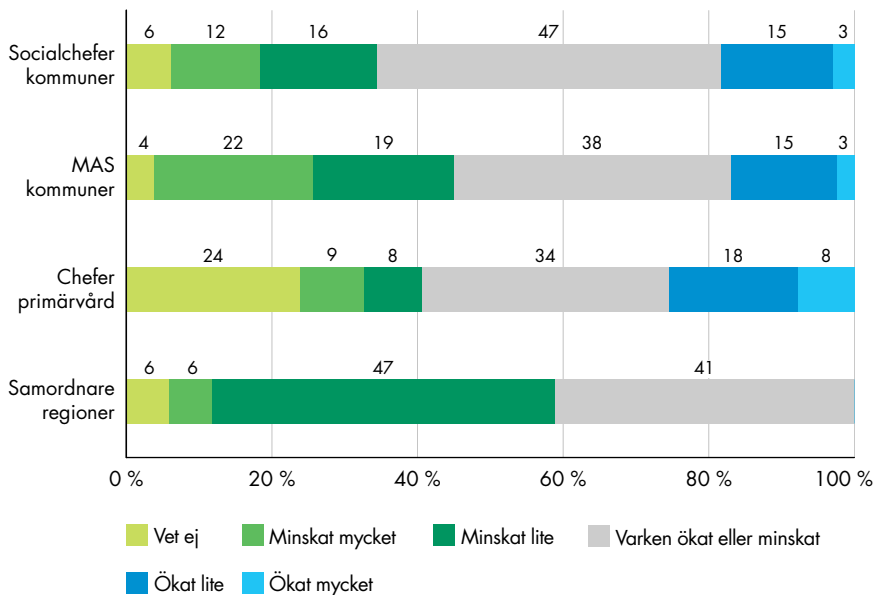




Bilden av slutenvårdens medverkan i planeringen är mer delad, men de flesta samordnare, MAS och socialchefer anser att slutenvårdens medverkan är oförändrad eller mindre. Särskilt regionens samordnare (53 procent) och MAS (41 procent) uppfattar att slutenvårdens medverkan har minskat. Drygt var femte MAS upplever att slutenvårdens medverkan minskat mycket. Nästan hälften av socialcheferna (47 procent) anser att det inte skett några förändringar i slutenvårdens medverkan.

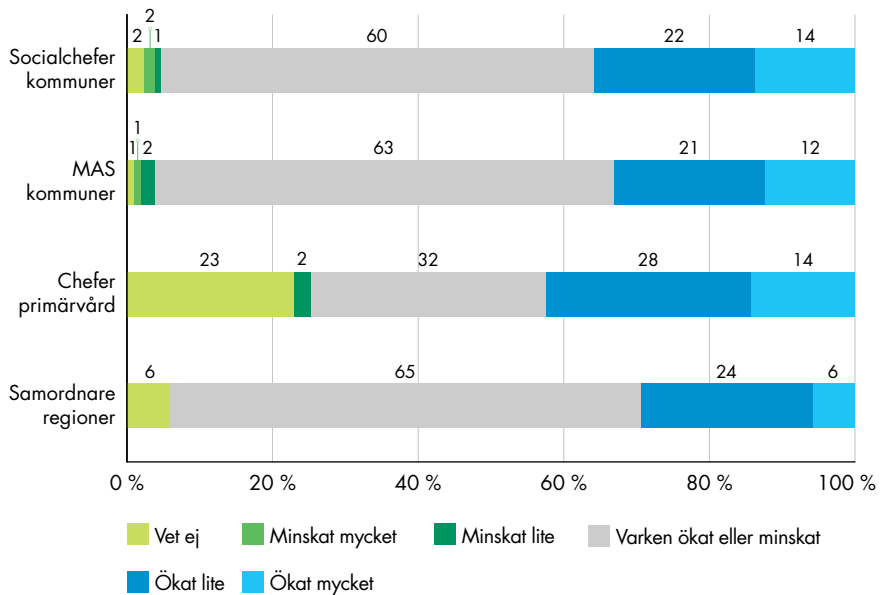
Verksamhetscheferna inom primärvården har en delvis annan bild: Bara 17 procent menar att slutenvårdens medverkan minskat. En möjlig förklaring till det är att primärvården nu i högre grad deltar i planering tillsammans med slutenvården (figur 58).

**Figur 58.** Slutenvårdens medverkan i planeringen har:



Kommunens medverkan i gemensamma planeringar uppfattas i stor utsträckning vara oförändrad eller större: Ungefär var tredje MAS, socialchef och samordnare samt mer än var tredje verksamhetschef inom primärvården menar att kommunernas medverkan har ökat (figur 59).



**Figur 59.** Kommunens medverkan i planeringen har:

### 15.3 ÖKAD MEN INTE TILLRÄCKLIG MEDVERKAN FRÅN PRIMÄRVÅRDEN

Det finns en samsyn i regioner och kommuner om att det är positivt och viktigt att primärvårdens medverkan i planeringen har ökat. Det har framförallt skett genom rollen som fast vårdkontakt, men även genom att primärvården i högre grad deltar i olika former av planeringar, menar flera vi intervjuat. Samtidigt visar våra intervjuer att graden av medverkan från primärvården varierar, både mellan och inom regionerna. På flera håll menar man att primärvårdens medverkan är otillräcklig. Om primärvårdens medverkan är otillräcklig samtidigt som slutenvården har minskat sin medverkan kan det få konsekvenser för både verksamheter och patienter och brukare, menar personal från både kommuner och slutenvård.

” Det görs ingen vårdplanering på sjukhusen, men behovet kvarstår att aktörerna behöver ha ett möte för att planera. Slutenvården har skjtit ut planeringsansvaret och det fungerar inte.”

(MAS/MAR)

I synnerhet personal från kommuner upplever att om varken slutenvården eller primärvården tar ett tillräckligt stort ansvar behöver kommunerna ta ett större ansvar i att koordinera planeringen. I synnerhet biståndshandläggare och distriktssköterskor har ofta haft och har fortfarande på många håll en central samordnande roll i planeringen vid utskrivning, visar våra intervjuer. Samtidigt menar andra att kommunen behöver släppa detta ansvar för att en förändring ska kunna ske.

” Primärvården borde ta ett större ansvar och göra mer i ett tidigare skede. De borde vara den aktör som koordinerar, men så har det inte blivit i praktiken. Vi försöker släppa, men det går inte att släppa ansvaret helt. Hemsjukvården ska inte rädda upp situationen för att primärvården inte är på banan.”

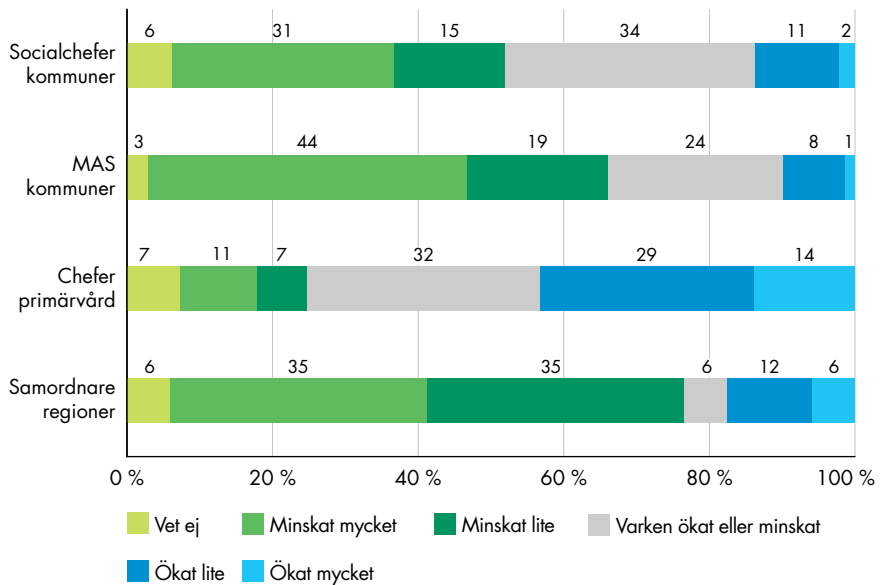
(hälso- och omsorgschef, kommun)

#### 15.4 GEMENSAMMA PLANERINGAR ÖKAR I HEMMET OCH MINSKAR I SLUTENVÅRDEN

Lagen har också påverkat *var* planeringar genomförs, visar vår utvärdering. En intention enligt förarbeten till lagen, var att mindre fokus skulle läggas på att upprätta en vårdplan och i stället lägga större fokus på patientens individuella planeringsprocess. Vår uppföljning visar att lagen har bidragit till en utveckling i linje med de intentionerna: Vårdplaneringar och andra gemensamma planeringar i slutenvården har minskat, medan planeringar i allt större utsträckning sker i patientens hem eller på ett boende jämfört med innan lagen infördes. Vår utvärdering visar enbart om det har skett en ökning eller minskning, inte i vilken omfattning olika former av planering utförs.

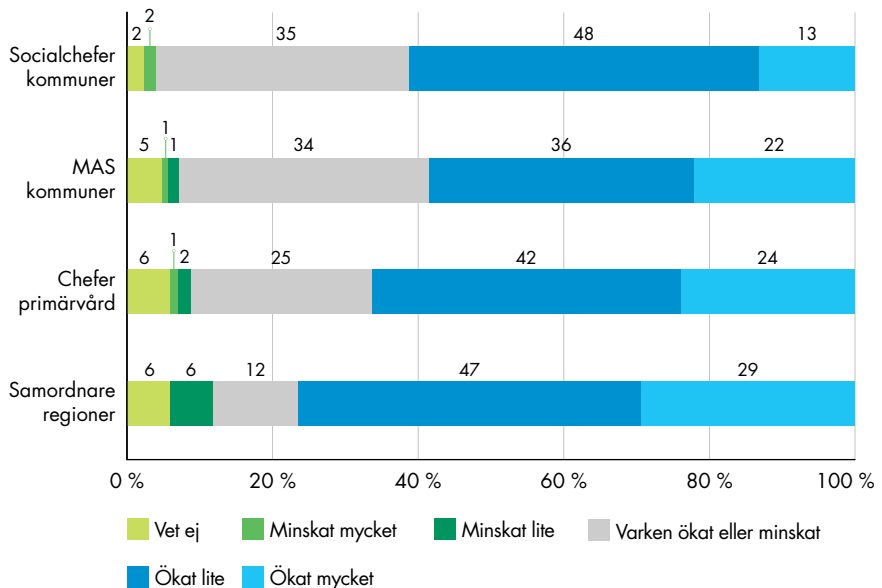
Vårdplaneringar och andra gemensamma planeringar i slutenvården har minskat mycket. Det menar 70 procent av samordnarna, 63 procent av MAS och 46 procent av socialcheferna. Ur primärvårdens perspektiv är utvecklingen den motsatta: 43 procent av verksamhetscheferna inom primärvården uppger att planeringar på sjukhus har ökat. En möjlig förklaring till resultatet är att primärvården deltog i relativt få planeringar på sjukhus innan lagen infördes, och att de nu i högre grad deltar i sådana planeringar (figur 60).



**Figur 60.** Gemensamma planeringar i slutenvården har:

Not: Samordnarna svarar för slutenvården

Samtidigt som planering i slutenvården har minskat har planeringar efter utskrivning, i patientens hem eller boende ökat. Det menar 76 procent av samordnarna för regionerna, 66 procent av verksamhetscheferna i primärvården, 61 procent av socialcheferna och 58 procent av MAS. Samtidigt menar mer än var tredje socialchef och MAS och var fjärde chef i primärvården att planeringar i hemmet varken har ökat eller minskat (figur 61).

**Figur 61.** Gemensamma planeringar i patientens hem har:

Bilden bekräftas av våra intervjuer: vårdplaneringar på sjukhus har i hög grad fasats ut. I två av de tre län vi studerat har vårdplaneringar i hög grad ersatts av andra sätt att planera. Intentionen är att planeringar på sjukhus ska göras enbart för vissa patientgrupper, exempelvis de med stora, nya eller komplexa behov, medan andra former av planering ska göras för de flesta. I vissa län är intentionen att den gemensamma planeringen ska göras digitalt i it-systemet, och i andra län har fokus varit att ersätta vårdplaneringar på sjukhus med en SIP i hemmet.

” Mindre tid läggs på vårdplanering inom slutenvården, i takt med att utskrivningsprocessen går snabbare och planeringen flyttas ut utanför sjukhuset.”

(samordnare, region)

I det tredje länet finns vårdplanering på sjukhus fortfarande kvar, men sker i högre utsträckning genom digital teknik, och under en ny beteckning: *planeringsmöte*. Planeringsmötet är ett kortare möte som syftar till att stämma av den kortsiktiga planeringen inför patientens hemgång. Personal i länet beskriver att de får signaler om att den planeringen kommer att fasas ut framöver även i deras län.

## 15.5 BÅDE FÖR- OCH NACKDELAR MED OLIKA PLANERINGAR

Det finns både fördelar och nackdelar för såväl verksamheter som patienter med både vårdplanering på sjukhuset och planering i hemmet, visar våra intervjuer. Många vi intervjuat, i synnerhet i kommunerna, menar att en fördel med planering på sjukhuset är att det ger tillfälle för olika professioner att samlas och stämma av att allt är klar inför utskrivning. Det kan också vara ett tillfälle att informera patienten och att ge svar på patientens frågor inför utskrivning. Det kan också underlätta för både verksamheterna och patienten att få en helhetsbild av den fortsatta processen, och underlätta för patienter, brukare och anhöriga att tidigt involveras i planeringen, menar personal i både kommuner och slutenvård. De fysiska mötena på sjukhuset innan utskrivning kan också vara trygghetsskapande för patienter, menar många.

Men vårdplaneringarna inom slutenvården hade också en rad brister, framhåller personal från både slutenvård och kommuner. Till exempel utgick de ofta från verksamheternas behov och mer sällan från patientens, och de tog ofta onödigt lång tid. Personal inom både slutenvård, primärvård och kommuner ser flera fördelar med att planeringarna i högre grad görs efter att patienten kommit hem. Till exempel kan det göra det lättare för



arbetsterapeuter och biståndsbedömare att se och bedöma patientens behov av insatser när patienten är hemma. Det kan också underlätta att skapa sig en helhetsbild av behoven. För patienten är det också ofta positivt att få komma hem snabbt i stället för att ligga kvar i väntan på vårdplanering, menar många. Men planering i hemmet passar inte alla, påpekar personal från både slutenvård, primärvård och kommuner. Hur och var planeringarna görs måste därför anpassas efter de behov patienten har.

## 15.6 OKLARHETER KRING SIP OCH VÅRDPLANERING

Förändringarna i planeringsprocessen har bidragit till att oklarheter kring olika former av planering uppstått och aktualiserats. Det finns en otydlighet i när, hur och var olika former av planering ska genomföras, och vilka patienter som ska erbjudas en SIP. Det har också lett till en begreppsförvirring mellan SIP och vårdplanering, visar både våra intervjuer och enkäter.

Många anser att innebörden av och förhållandet mellan vårdplaneringen och samordnad individuell planering (SIP) har förskjutits och därmed blivit otydligare. Många frågar sig om utfasningen av vårdplaneringar på sjukhuset innebär att SIP ska *ersätta* dem, och vad en SIP i så fall är. Många menar också att SIP kommer för sent för att kunna ersätta vårdplaneringen, men för tidigt för att fylla behoven av patientens samordnade planering. Det innebär både risker för att verksamheternas planering blir bristfällig och att SIP alltför mycket utgår från verksamheternas perspektiv och inte patientens, påpekar personal i både kommuner, slutenvård och primärvård. Det innebär sammantaget en otydlighet om vad som egentligen är verksamhetens planering och vad som är patientens.

På flera håll har ny terminologi för planeringsmöten införts, exempelvis *planeringsmöte*, *vårdmöte*, *samordnat vård- och omsorgsplaneringsmöte*, *utskrivningsplanering* och *samordningsmöten*. På andra håll görs planeringarna på sjukhus som tidigare, även utan att patienten är med, men kallas ibland *SIP* i stället för vårdplanering. Det bidrar också till förvirring till olika begrepp och deras innebörd.

” Kommunerna har samma arbetsätt som tidigare, men man säger inte att det är en vårdplanering. Vårdplanering, det får man inte säga.”

(chef i primärvården)

” Det är en himla förvirring i de här begreppen. Jag tror att det är jättesvårt för våra professioner att hålla koll på vad som är vad.”

(hälso- och sjukvårdschef, kommun)

### Vad säger lagen om SIP?

Förarbetena till lagen betonade att individuell planering är en process som behöver anpassas efter patientens skiftande behov över tid. (prop. 2016/17:106). Syftet var att på så sätt öka tryggheten och säkerheten för patienterna samt minska behovet av återinskrivning (prop. 2016/17:106). Genom lagen betonas befintliga krav på att samordnad individuell plan (SIP) ska tillämpas vid utskrivning från slutenvård, 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)).

Enligt lagen ska en samordnad individuell planering genomföras för patienter som efter utskrivningen behöver insatser från både regionen och kommunen i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Patienter som ska erbjudas en SIP är således en del av lagens målgrupp.

En kallelse till den samordnade individuella planering ska skickas till berörda enheter av patientens fasta vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården. Kallelsen ska skickas senast tre dagar efter det att en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar har lämnats (enligt 4 kap. 3 § LoSUS).

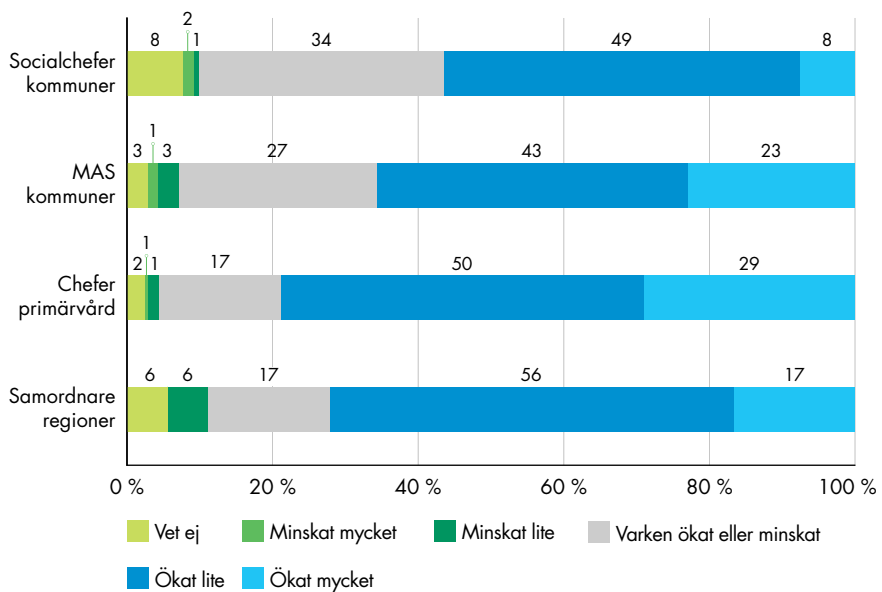
Planeringen ska genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna (4 kap. 1–3 §§ LoSUS).

Genomförandet av SIP är också en förutsättning för att kommunernas betalningsansvar ska falla ut. Kommunen blir bara betalningsansvarig om den fasta vårdkontakten har kallat till samordnad individuell planering för de patienter som bedöms ha det behovet (enligt 4 kap. 3 § LoSUS).

## 15.7 FLER PATIENTER FÅR SIP MEN OKLART HUR MÅNGA

Vår enkät visar att en majoritet av de svarande bedömer att fler patienter får en SIP som en följd av lagen. 79 procent av cheferna i primärvården, 57 procent av socialcheferna, 66 procent av MAS och 74 procent av samordnarna har den uppfattningen. Samtidigt menar cirka en tredjedel av socialcheferna (34 procent) och MAS (27 procent) att antalet patienter som får en SIP varken har ökat eller minskat (figur 62).



**Figur 62.** Antalet patienter som får en SIP har:

Samtidigt som våra enkäter visar att fler patienter uppskattas ha fått en SIP, känner vi inte till från vilka nivåer ökningen skett. Det beror bland annat på att det saknas nationell statistik för att följa upp antalet SIP (Vårdanalys 2018).

Våra intervjuer indikerar också att det finns en stor variation i hur många SIP som genomförs; på vissa håll genomförs i stort sett inga medan det på andra håll görs många. Eftersom vi saknar nationell statistik över antalet SIP kan vi inte bekräfta bilden. Den regionala och lokala statistiken som finns är också till viss del osäker och svår att jämföra. Det förekommer till exempel olika registreringsrutiner och en underrapportering av SIP, enligt våra intervjuer. Begreppsförvirringen mellan SIP och vårdplanering bidrar också till oklarheter i vad som ska registreras som en SIP och inte. Det innebär att även om antalet SIP sammanställs skulle det egentligen inte säga så mycket, menar flera personer inom både slutenvård, kommuner och primärvård. Flera personer poängterar också att det viktiga egentligen inte är antalet SIP-planer som görs, utan innehållet i och resultatet av dem.

## 15.8 FLERA SKÄL TILL ATT SIP INTE GÖRS

Våra intervjuer visar att det finns flera utmaningar med att få planeringen i hemmet att fungera, och i synnerhet finns utmaningar i genomförandet av



SIP. I kombination med att vårdplaneringar görs mer sällan inför utskrivning kan det innebära risker för att planeringen blir bristfällig, menar personal från både regioner och kommuner. Vi tittar därför närmare på några skäl till att SIP inte görs nedan.

” Tidigare gjordes vårdplanering för nästan alla patienter. Nu säger man ”gå hem med den här lilla hjälpen” så fortsätter vi planera hemma. Men vi är inte riktigt där än, planeringen hemma fungerar inte riktigt.”

Ett av de svårare momenten i lagen uppfattas vara att skapa en fungerande individuell planeringsprocess för patienten. Det visade vår delrapport (Vårdanalys 2018) och det bekräftas i intervjuer och enkätsvar. I våra intervjuer framkommer olika skäl till att SIP inte görs. Ett skäl kan vara att patienten tackar nej till SIP. Det kan bero på hur och när primärvården frågar, påpekar många. Att man frågar patienten för tidigt, redan inom 72 timmar efter hemgång, kan bidra till att de tackar nej eftersom de då inte uppfattar att de har behov av planeringen, säger flera personer inom både slutenvård, kommun och primärvård. Frågan borde komma senare, när patienten hunnit upptäcka vad som inte fungerar, menar de. Att patienter saknar kunskap om vad en SIP är kan också vara ett skäl till att man tackat nej.

Andra orsaker till att SIP inte görs är mer kopplat till verksamhetens förutsättningar. Till exempel innebär en SIP ett ansvar för att kalla till, leda och dokumentera mötet, vilket kan innebära att SIP prioriteras ned i synnerhet vid hög arbetsbelastning och brist på resurser. Bristande vana, kunskap och rutiner för SIP gör också att det kan vara oklart vem som ska hålla i mötet och hur det ska gå till. Även avsaknad av användarvänlig digital teknik är en begränsning, eftersom det då kan vara svårt att få till möten med alla inblandade. Det finns också olika tolkningar och bedömningar av vilka patienter som behöver och ska erbjudas en SIP. Vi tittar närmare på det i följande avsnitt.

## 15.9 OTYDLIGHET OCH OLIKA TOLKNINGAR AV MÅLGRUPPEN FÖR SIP

Ett skäl till att SIP inte alltid görs är att det kan vara svårt att avgöra vilken typ av planering som är mest ändamålsenlig för olika patientgrupper. Det finns också olika tolkningar och bedömningar både inom och mellan slutenvården, kommunerna och primärvården om vilka patienter som behöver och ska erbjudas en SIP. I både intervjuer och enkäter framkommer



att många upplever att lagen är otydlig när det gäller detta, och i stort behov av att förtydligas i verksamheterna. Det visar vår delrapport och det bekräftas i intervjuer och enkätsvar. De oklarheter kring olika planeringsbegreppen som uppstått har också bidragit till att SIP processen uppfattas ha blivit otydligare.

” Planeringsprocessen med SIP blir otydlig. Ska det vara ett fysiskt möte på sjukhuset eller ett möte i efterhand? De delarna är otydliga i praktiken.”

(MAR, kommun)

### 15.9.1 Riktlinjer och rutiner för SIP kan vägleda men svarar inte mot patienters komplexa behov

För att vägleda i hur lagen ska tolkas och för att tydliggöra målgruppen för SIP har olika former av stöd och SIP-rutiner för verksamheternas bedömningar tagits fram och varit en central del i utvecklingsarbetet i flera län. Dessa rutiner består i flera län av olika ”färgspår” som ska vägleda verksamheterna i när, hur och för vilka patienter planering ska göras på sjukhuset och när SIP ska göras i hemmet (Vårdanalys 2018). Riktlinjerna och rutinerna har varit svåra att tillämpa i den praktiska verksamheten visar våra intervjuer. Ett skäl till det är att personalen i olika verksamheter gör olika bedömningar av vilka patienter som behöver få sin planering gjord på sjukhuset eller i hemmet. Personal i kommuner och primärvård på flera håll uppfattar till exempel att slutenvården gör andra bedömningar än de gör, och att slutenvården bedömer att alltför få patienter behöver planering på sjukhuset. Det kan bero på trycket på att snabbt skriva ut patienter, menar personal i flera kommuner.

” Jag tror att det finns olika tolkningar av färgprocessen. Man sätter gula processer för att snabbt få hem patienter. Röd process innebär längre tid på sjukhuset, och då det krävs det ett SIP-möte där..”

(fast vårdkontakt, vårdcentral)

” Det är förvirrat och otydligt kring behoven och spåren, och bedömningarna skiljer sig åt. En grön kan komma till mig men jag tycker den är gul, och en gul kan egentligen vara en röd.”

(arbetsterapeut, kommun)

Ett annat skäl till att riktlinjerna inte efterlevs är att riktlinjerna uppfattas vara alltför standardiserade för att svara mot de varierande och komplexa behov som patienterna har. Det kan särskilt gälla de patienter som är nya för dem eller som har stora, nya eller komplexa behov. Det innebär att individuella bedömningar baserat på det professionella omdömet behöver göras inom både i primärvården och kommunen, påpekar många.

” Det är ett okänsligt instrument; lite rött, lite grönt och en stor gul röra mitten. De går inte att arbeta enligt dem.”

(fysioterapeut, kommun)

” Beslutsstöd och triagering är viktigt, men jag är orolig för att man sätter färger. Man målar en patient, i stället för att utgå från patientens behov. Det är svårt att standardisera, eftersom det ser väldigt olika ut.”

(sjuksköterska, slutenvård)

Personal i de kommuner och regioner vi studerat lyfter fram att de därför alltmer har börjat frångå SIP-rutinerna. Det är ett sätt att värna om patienterna och brukarna samt se till att deras enskilda behov blir tillgodosedda, menar de.

” Professionen gör SIP när de själva upplever att patienten behöver det. Och vi känner att nu ska vi lyssna på professionen och tänka på vad som blir bra för patienten, oavsett vad som står reglerat. Vi får vara lite olydiga i så fall och göra det vi tror på. Vi har en gemensam syn att patienten går före riktlinjerna.”

(samordnare, region)

## 15.10 ALLTFÖR STORT FOKUS PÅ ATT ÖKA ANTALET SIP KAN LEDA TILL BRISTANDE PERSONCENTRING

Det finns en samsyn i regioner och kommuner om att lagen har bidragit till att fokus på SIP ökat. Lagen föreskriver till exempel att kallelsen till SIP ska skickas senast tre dagar efter utskrivningen. Det är också en förutsättning för att kommunens betalningsansvar ska inträda. Lagen har på så sätt bidragit till ett stort fokus på såväl SIP som denna tidsgräns, menar många. Lagens effekter förstärks även av andra styrmedel, till exempel har befintliga ersättningsystem och andra ekonomiska incitament bidragit till fokus på att göra fler SIP menar personal i synnerhet i primärvården.



En kartläggning i 15 regioner som vi har genomfört visar att ersättningen till primärvården för att genomföra en SIP varierar, från 0 kronor till 4 000 kronor. De ekonomiska incitamenten har bidragit till fler SIP, menar personal i både primärvård och kommuner. Att fler SIP görs kan vara positivt, om det leder till att SIP görs på rätt sätt för de personer som behöver det, framhåller många. Inte minst kan SIP vara värdefullt för att förebygga återinskrivning. Det var också en av lagens avsikter. Förarbetena till lagen betonade också att individuell planering är en process som behöver anpassas efter patientens skiftande behov över tid (prop. 2016/17:106).

Samtidigt kan alltför ensidig styrning mot att öka antalet SIP-planer få negativa konsekvenser, visar våra intervjuer. Flera personer anser att det kan leda till ett alltför stort fokus på att öka antalet SIP-planer, snarare än på att förbättra kvaliteten i den samordnande planeringsprocessen för patienter och brukare. Det har även bidragit till att andra former av planeringar prioriterats ned, till exempel vårdplaneringar, även om det finns ett behov av dem, berättar personal i primärvården. Alltför ensidig styrning mot att öka antalet SIP kan också innebära att det görs både för många och för omfattande SIP för målgrupper som inte har så stora behov av dem, menar personal i kommuner och slutenvård.

” Det är en risk att styra på att öka antalet SIP. Det blir inte personcentrerat och SIP ges inte alltid till rätt målgrupp.”

(samordnare, kommun)

” Man har använt SIP felaktigt. Det har kommit både från lagstiftning och primärvårdens ledning att man ska öka SIP, och då har man SIP:at de enkla patienterna.”

(samordnare, slutenvård)

Att lagen föreskriver att kallelsen till SIP ska skickas senast tre dagar efter utskrivningen har bidragit till ett stort fokus på denna tidsgräns och att tidigt erbjuda SIP, menar många. För vissa patienter kan det vara positivt att kallelsen till SIP kommer tidigt, men för andra kan ett alltför tidigt erbjudande vara en nackdel, menar de. Det kan till exempel vara ett skäl till att patienten då tackar nej till en SIP.

” SIP görs för betalningsansvaret. Vi har ett stort tryck på att ha SIP i hemmet och att kalla till SIP inom 72 timmar. Denna tid är det som är sämst med den nya lagen, det är inte för patientens bästa. Man skulle ha SIP:en när patienten varit hemma litet längre, kanske ett par veckor.”

(samordnare, kommun)

Den sammantagna effekten av en alltför ensidig styrning kring SIP kan leda till att för lite hänsyn tas till patienternas individuella behov i utformningen av planeringen, anser många. Flera personer framhåller också att alla patienter inte behöver eller vill ha SIP, utan snarare vill ha trygghet, kontinuitet och information eller en vårdplanering på sjukhuset. Andra framhåller att det viktiga är delaktighet, kvalitet och att patienten är i fokus i planeringsprocessen, oavsett vad planeringen kallas.

”Lagen siktar väldigt högt när alla ska ha en SIP. Men när vi frågar professionen upplever de inte att alla behöver en SIP. Däremot behöver alla en bra planering av sin vård under den första tiden. Vi har börjat prata om att det är två olika saker.”

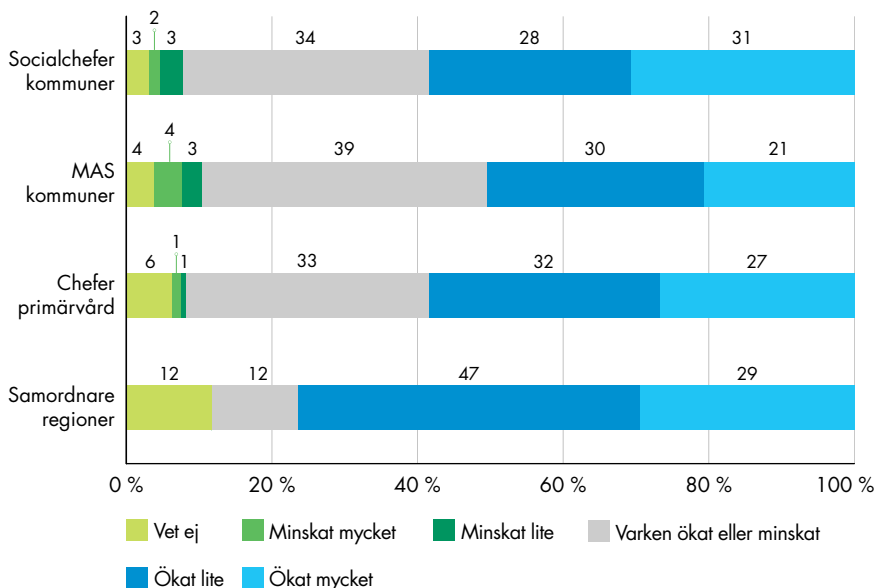
(hälso- och sjukvårdschef, kommun)

### 15.11 DIGITALISERAD PLANERINGSPROCESS

Lagen har också haft effekter för *hur* planeringars genomförs, visar vår utvärdering. Både enkätstudien och intervjuerna visar att lagen har bidragit till en mer digitaliserad planeringsprocess. Bland annat har planering med hjälp av digital teknik och it- system ökat, samtidigt som fysiska möten blivit färre.

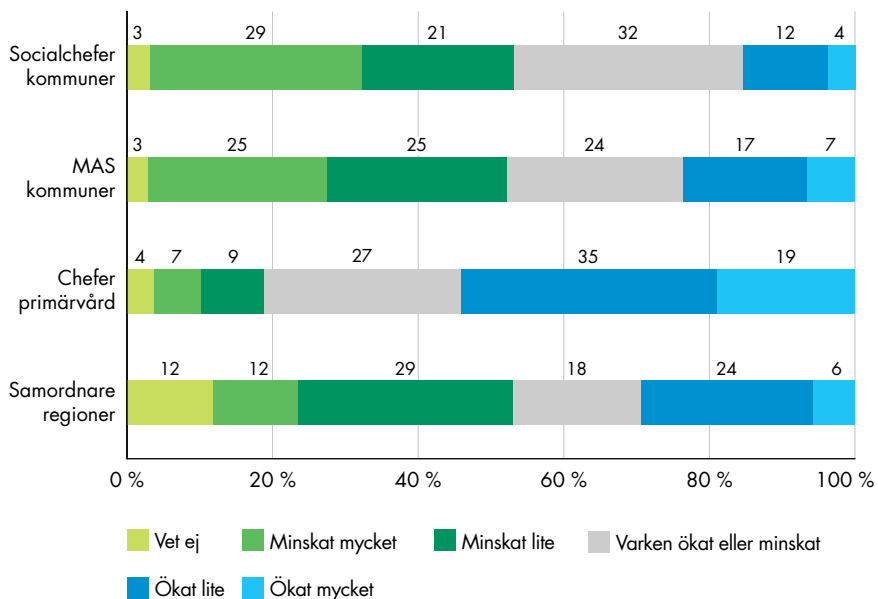
76 procent av samordnarna, 59 procent av verksamhetscheferna i primärvården, 39 procent av socialcheferna samt 51 procent av MAS menar att olika former av digitala planeringsmöten har ökat. (figur 63)

**Figur 63.** Digital planering (t.ex. genom IT-system, Skype) har:



Ungefär hälften av socialcheferna och MAS och knappt hälften av samordnarna uppger att fysiska planeringsmöten har minskat. Bilden är en annan hos primärvårdscheferna – bara drygt 15 procent anger att fysiska planeringsmöten har minskat, medan mer än hälften (54 procent) menar att fysiska möten har ökat. En förklaring till det kan vara att primärvården deltog i relativt få fysiska möten innan lagen infördes, och att de nu deltar i fler (figur 64).

**Figur 64.** Fysiska planeringsmöten har:



Våra intervjuer visar att i vissa län har avsikten varit att helt ersätta gemensamma och fysiska planeringar med digital planering i it-system. I andra län finns gemensamma planeringsmöten kvar, men sker i högre utsträckning genom digital teknik, exempelvis Skype. Samtidigt har digitaliseringen pågått även innan lagen infördes, betonar många som vi intervjuat.

### 15.11.1 Digitaliseringen av planeringen har både för- och nackdelar

Enligt våra intervjuer har digitaliseringen av planeringen både fördelar och nackdelar. Det finns uppfattningar om att utvecklingen av it-system och teknik för digitala möten har underlättat informationsöverföring och samverkan. Det har också till viss del bidragit till att effektivisera

utskrivningsprocessen. I ett län uppger man till exempel att användningen av Skype vid planeringsmöten på sjukhuset har medfört att mötena har blivit effektivare och kortare.

Våra intervjuer ger samtidigt en bild av att digitaliseringen av planeringsprocessen också kan ha nackdelar. På flera håll är man till exempel kritisk till att helt ersätta gemensamma möten och avstämningar med digital planering i it-system. It-systemen är inte ändamålsenliga som planeringsverktyg och hinder i informationsöverföringen påverkar möjligheten till en fungerande digital planeringsprocess menar många (se kapitel 14).

Personal i synnerhet i kommuner men även i primärvård och slutenvård, menar att det behöver finnas någon form av muntliga avstämningar eller möten innan utskrivning. Avstämningarna kan ske fysiskt eller via telefon eller digital teknik menar flera. Men avstämningar och möten fyller viktiga funktioner som inte enkelt kan ersättas, anser många. Till exempel ger de tillfälle för olika professioner att få och dela sådan information som inte annars enkelt kan delas.

” Det digitala planeringsunderlaget kan inte ersätta samtalet och mötet alla gånger. Allt går inte att skriva.”

(arbetsterapeut, region)

Under möten kan också oklarheter redas ut och information kompletteras. Det kompenseras på så sätt för en del av bristerna i informationssystemen. Kommunens personal upplever också att gemensamma möten ger värdefulla tillfällen att stämma av och ställa krav på att patienten är utskrivningsklar, till exempel att läkemedelslistor är klara och korrekta samt att hjälpmedel är på plats. Gemensamma möten kan också bidra till att olika professioner bättre kan förstå varandras olika uppdrag, kunskaper och kompetenser, menar flera vi intervjuat. Det kan på så sätt också stärka förutsättningarna för samverkan.

### 15.11.2 Förändrad planeringsprocess kan försvåra patientens delaktighet

Våra intervjuer visar att de förändringar som har genomförts i planeringsprocessen sammantaget kan ha en rad positiva effekter för patienter. Framförallt är det positivt för patienten att få komma hem snabbt och få sin planering där istället för att ligga kvar i slutenvården i väntan på planering.



Samtidigt kan förändringarna också få negativa konsekvenserna för patienter och brukare, i synnerhet om tidigare arbetssätt fasats ut utan att nya och fungerande arbetssätt och funktioner är på plats.

Det kan till exempel försvåra patientens delaktighet. Personal menar att digitaliseringen av planeringsprocessen i kombination med att planering i högre grad sker senare, efter utskrivning, kan innebära att planeringen både i tid och rum hamnar ”längre från” patienten. Det bidrar till att patienten riskerar att involveras senare eller mindre, menar många. Även om möten via exempelvis Skype kan fungera bra för vissa patientgrupper är det heller inte säkert att det passar alla. Det kan till exempel vara svårare att känna sig sedd och bli lugnad via Skype, menar flera sjuksköterskor. Patienter kan därför behöva fysiska möten på sjukhus för att känna sig både tryggare och mer delaktiga inför sin hemgång. Det kan också underlätta för patienter, brukare och anhöriga att tidigt involveras i planeringen, menar personal från kommunen. Förändringarna i planeringsprocessen ställer därför krav på andra sätt att tidigt involvera och informera patienter, brukare och anhöriga framhåller många.

Utfasningar av fysiska vårdplaneringar kan också leda till en mindre samordnad och mer splittrad situation där patienten behöver ha kontakt med flera olika aktörer. Det kan också göra svårare för patienten att få en helhetsbild av den fortsatta processen, visar intervjuer med personal från både regioner och kommuner. Det gäller i synnerhet om den samordnande funktionen som gemensamma möten haft inte tillräckligt har ersatts av andra funktioner och arbetssätt. Det är därför viktigt att fortsätta utveckla funktioner och arbetssätt som kan samordna planeringen av vård- och omsorgsinsatser för patienter och brukare. En MAS uttrycker det så här:

” Problemet är att man valt att frångå de fysiska träffarna, den samordnade träffen. Man har inte patientfokus nu – tidigare var patienten mer delaktig. Det är inte lätt att vara delaktig med telefonmöten med olika aktörer. Sedan blir det, i bästa fall, ett möte efter 2–3 veckor. Det är en lång tid och patienten har mycket frågor.”  
(MAS, kommun)



# Effekter för patienter inom den allmänna psykiatrin och rättspsykiatrin





## Allmänpsykiatrisk vård

I det här kapitlet sammanfattar vi utmaningar och effekter för patienter och brukare som skrivs ut från den allmänna psykiatriska slutenvården. De viktigaste resultaten:

- Många av de utmaningar som vi har lyft fram i utskrivningsprocessen från den somatiska vården finns också vid utskrivning från den psykiatriska vården, exempelvis brister i informationsöverföring och svårigheter i planering och SIP.
- Det finns också särskilda utmaningar i den psykiatriska vården. Det handlar exempelvis om bristen på anpassade och lämpliga boenden och bostäder, brister i övergången mellan slutenvården och öppen psykiatrisk vård samt att samverkan involverar många olika aktörer även utanför vården och omsorgen.
- Många av de medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), socialchefer och primärvårdschefer som har svarat på vår enkät menar att det inte har blivit några större skillnader för patienter som har skrivits ut från den psykiatriska slutenvården jämfört med innan lagen. En stor del av de svarande saknar uppfattning i frågan.
- Vår bild är att utvecklingsarbetet inte har kommit lika långt för psykiatrin som för den somatiska vården. En förklaring till det är att övergångsbestämmelser för den psykiatriska vården gällde till och med den 1 januari 2019.
- Vi ser behov av fortsatta studier för att belysa lagens effekter för patienter som skrivs ut från psykiatrisk slutenvård.



Kapitlet baseras på intervjuer med patientföreträdare, chefer och personal från kommuner, psykiatrisk slutenvård och psykiatrisk öppenvård samt primärvård, exempelvis kuratorer, skötare, undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, biståndshandläggare, enhetschefer och verksamhetschefer. Kapitlet baseras också på vår enkätstudie där kommunens socialchefer, MAS och verksamhetschefer i primärvården har deltagit, samt på statistik över vårdtider från SKR.

## 16.1 ÖVERGÅNGSBESTÄMMELSER FÖR PSYKIATRIN

Under 2018 gällde övergångsbestämmelser för patienter som vårdas i sluten psykiatrisk vård. Bestämmelserna innebar att patienterna undantogs från den nya lagens skärpta tidsfrister för att verksamheterna skulle anpassa sig till de nya reglerna. Kommunens betalningsansvar inträdde först efter 30 dagar om inte huvudmännen kom överens om annat. Från och med 1 januari 2019 gäller samma bestämmelser för den psykiatriska vården som för den somatiska.

### Vad säger lagen om övergångsbestämmelser för den psykiatriska vården?

För patienter som vårdas i sluten 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 § har skickats, om inte kommunen och landstinget enligt 4 kap. 5 § har kommit överens om annat [begreppet landstinget används i lagtexten, vår kommentar].

Våra intervjuer med personal inom regioner och kommuner visar att utvecklingsarbetet om lagen inte har kommit lika långt inom psykiatrin som inom den somatiska vården. Den bilden bekräftas även av de nationella nätverksmöten som SKR har anordnat. En förklaring till det är övergångsbestämmelserna för psykiatrin.

## 16.2 PSYKIATRINS UTMANINGAR ÄR DESAMMA SOM INOM SOMATIKEN

I vår delrapport sammanställde vi utmaningar för psykiatrin kring samverkan och införandet av lagen. I arbetet med slutrapporten har vi följt upp utvecklingen genom förnyade intervjuer och genom enkäter till socialchefer, verksamhetschefer för primärvården och MAS. Vi kan konstatera att de utmaningar som vi identifierade i delrapporten överensstämmer med

vad som framkommer i dessa intervjuer och enkätsvar. Utmaningarna överensstämmer även i stor utsträckning med utmaningarna för den somatiska vården som vi beskriver i rapporten. Det handlar exempelvis om svårigheter med att bedöma preliminärt utskrivningsdatum och utmaningar kring informationsöverföring och i planeringsprocessen. Det finns också särskilda utmaningar för psykiatrin i dessa moment. Till exempel beskrivs sekretess vid informationsöverföring oftare vara ett hinder vid utskrivning från psykiatrin än från somatisk vård.

Det finns också det som upplevs fungera bättre vid utskrivning från psykiatrisk än från somatisk vård. Att det ofta är längre vårdtider inom psykiatrin kan till exempel innebära att det finns mer tid för att hinna förbereda och planera för utskrivning, menar personal inom den psykiatriska slutenvården och öppenvården. Men längre vårdtider kan också innebära större svårigheter i att tidigt bedöma och lämna besked om ett preliminärt utskrivningsdatum. Samtidigt är vår bild att det preliminära utskrivningsdatumet inte på samma sätt är i fokus vid utskrivning från psykiatrisk slutenvård.

En annan del som upplevs positivt är att det generellt finns en relativt stor erfarenhet av SIP vid utskrivning från den psykiatriska slutenvården. Det beror bland annat på att både staten och SKR genom olika satsningar har gett stöd till användandet av SIP för personer med psykisk ohälsa (Vårdanalys 2015). Patientföreträdare menar att SIP-planeringar i slutenvården innan utskrivning är viktigt för att skapa en trygg utskrivning.

” Ett samordnande möte med all personal innan utskrivning är jättebra, då blir det positivt och tryggt, så att man inte kastas ut i det okända. Jag tycker att alla borde få en SIP-planering på sjukhus innan de åker hem.”

(patientföreträdare)

Det finns också särskilda utmaningar kopplade till utskrivningen från den psykiatriska vården. Nedan sammanfattar vi några av dessa.

### 16.3 STORT ANTAL AKTÖRER GÖR SAMVERKAN KOMPLICERAD

En särskild utmaning som framförs av företrädare för psykiatrin är att de personer som vårdas inom psykiatrisk slutenvård ofta har ett behov av samordning av insatser från många olika aktörer och professioner. Inte sällan kan även andra aktörer än kommunen och regionen 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.

#### 16.4 BRIST PÅ LÄMPLIGA OCH ANPASSADE BOENDEN

Bristande tillgång till lämpliga och anpassade boendeformer såväl som bostäder beskrivs av flera som ett stort hinder. Det kan försena utskrivningen och innebära att patienter blir kvar inom slutenvården tills boendesituationen är löst.

Det finns behov av till exempel gruppboenden och korttidsboenden men även lägenheter. Patienter som skrivs ut från psykiatrisk slutenvård kan också behöva boendestöd från kommunen. Patientgrupper som det kan vara särskilt svårt att lösa boendesituationen för är personer med psykiska funktionsnedsättningar eller demenssjukdom samt hemlösa personer. I synnerhet små kommuner kan ha svårt att tillhandahålla de boenden som det finns behov av. Boendesituationen är en utmaning som inte kan lösas av lagen utan också kräver andra åtgärder, understryker flera företrädare.

#### 16.5 SÄRSKILDA UTMANINGAR KRING VISSA PATIENTGRUPPER

Det finns också särskilda utmaningar kring vissa grupper av patienter som skrivs ut från sluten psykiatrisk vård, exempelvis barn och unga, personer med missbruk och beroende, personer som har demenssjukdom samt personer som vårdats enligt Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. I kapitel 17 fokuserar vi på personer som vårdats i rättspsykiatrisk vård. Vi ser behov av fortsatta studier för att belysa lagens effekter för andra grupper av patienter som skrivs ut från psykiatrisk slutenvård.

#### 16.6 UTMANINGAR I ÖVERGÅNGEN MELLAN SLUTENVÅRD OCH ÖPPENVÅRD

Patientföreträdare och personal menar att det är viktigt att övergången från sluten till öppen vård fungerar bra. Det är också viktigt att öppenvården kommer in tidigt i processen, redan när patienten vårdas inom slutenvården, menar både personal och patienter. Men det finns flera utmaningar i dessa övergångar, som vi tittar närmare på nedan.

### 16.6.1 Samverkan mellan öppenvård, slutenvård och primärvård

Övergången från sluten till öppen vård handlar i stor utsträckning om hur samverkan fungerar mellan de olika verksamheterna. Det finns flera utmaningar som rör samverkan mellan öppen- och sluten vård. På vissa håll finns till exempel oklarheter om vem som ska vara fast vårdkontakt och vem som ska göra vad i den fortsatta samordningen.

Våra intervjuer visar att fast vårdkontakt för patienter som skrivs ut från psykiatrisk vård kan utses i primärvården men även inom den psykiatriska slutenvården och den psykiatriska öppenvården. Om det finns oklarheter i vem som ska göra vad kan det innebära dubbelarbete, exempelvis att både slutenvården, öppenvården och primärvården ringer upp patienten efter utskrivningen. Primärvården har inte alltid en ändamålsenlig roll som fast vårdkontakt för de patienter som skrivs ut från psykiatrisk vård, anser både patientföreträdare och personal vi intervjuat. För patienten kan det därför upplevas märkligt att primärvården tar kontakt men sedan saknar en roll i den fortsatta behandlingen.

” Varför ha primärvårdskontakt när man sällan har kontakt med dem? Hemsjukvården borde ha en nyckelroll istället för primärvården. Hemsjukvården borde kunna göra mer och ha mer ansvar.”

(patientföreträdare)

Samtidigt har patienter med psykiatriska diagnoser ofta behov av både psykiatrisk och somatisk vård. Det är därför viktigt att samverkan mellan den psykiatriska vården, primärvården och den somatiska vården fungerar, menar personal inom både kommuner och region samt patientföreträdare.

” Vårdcentralen ska ta det somatiska, men vi ser få patienter som skrivits ut från psykiatri. Samtidigt har dessa patienter en högre somatisk sjuklighet än andra, men de söker inte vård, och vårdcentralen är inte navet för dessa patienter.”

(verksamhetschef, vårdcentral)

### 16.6.2 Långa väntetider till öppen psykiatrisk vård

En annan utmaning i övergångarna är långa väntetider till den öppna psykiatriska öppenvården, menar de patientföreträdare vi intervjuat. Om öppenvården kommer in för sent kan planeringen av insatser påverkas negativt, vilket kan bidra till brister i trygghet och kontinuitet för patienten. Det kan också öka risken för återinskrivningar, menar flera patientföreträdare.



” Man får en tid i handen, men kontakten påbörjas inte då, utan det tar långt tid. Öppenvården brister, man måste få kontakt med utsidan tidigt.”

(patientföreträdare)

Om slutenvården väntar med att skriva ut en patient tills öppenvårdsinsatser finns tillgängliga kan det också hindra snabb utskrivning. För att den öppna psykiatriska vården ska bli mer tillgänglig behövs resurstillskott, menar personal inom öppen psykiatri.

### 16.6.3 Bristande tillgång till mellanvårdsformer

Ytterligare en utmaning i övergången från sluten till öppen vård är bristande tillgång till mellanvårdsformer efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård, menar personal inom psykiatri. 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 också flera patientföreträdare. I synnerhet eftersom det finns brister i tillgång till öppenvård och brist på lämpliga och anpassade boenden. Steget från sluten till öppen psykiatrisk sjukvård kan annars bli för stort för en del patienter, menar de.

” Mellanvården har försvunnit, man åker hem direkt från sjukhuset och förväntas tas om hand av öppenvårdsmottagningar. Men de har långa väntetider och det finns sparsamt med boendelösningar.”

(MAS, kommun)

### 16.6.4 Integrerad verksamhet och Case managers kan överbrygga övergångarna

Patientföreträdare menar att olika former av integrerad verksamhet mellan sluten- och öppenvård kan vara ett sätt att få stöd och trygghet i övergångarna. Integrerade verksamheter kan till exempel innebära att samma personal jobbar inom både sluten- och öppenvård och att öppen vården ligger i anslutning till slutenvårdens lokaler. Det innebär att patienten redan har en personlig kontakt med öppenvården när hen skrivs ut, vilket ger större trygghet, menar patientföreträdare. Även så kallade Case managers kan bidra till att samordna och överbrygga övergången, menar patientföreträdare. Case management är en insats som samordnar vården för personer med psykiska



funktionshinder för att de ska kunna leva ett så självständigt liv som möjligt (Socialstyrelsen 2020).

” Case managers, de hjälper till att bygga relationer och tillit. Om man är inlagd kan case managers besöka slutenvården. De kan vara en brygga mellan olika parter. Annars finns risk att man kommer tillbaka, när samordningen brister, när man inte orkar driva det själv. Case managers i någon form är jättebra, annars behöver anhöriga ta ansvar.”

(patientföreträdare)

## 16.7 LAGEN HAR HAFT SMÅ EFFEKTER FÖR PATIENTER FRÅN PSYKIATRIN

I enkäterna till MAS, socialchefer och primärvårdschefer bad vi respondenterna beskriva vilka effekter de uppfattar att lagen har fått för patienter som har skrivits ut från den psykiatriska slutenvården. En relativt stor andel av dem lämnade frågan obesvarad eller hade ingen uppfattning i frågan. En förklaring till det är att personalen i kommunerna och i primärvården möter relativt få patienter som skrivs ut från den psykiatriska slutenvården. Många menar också att lagen ännu inte haft någon större effekt för patienter från psykiatrin på grund av övergångsbestämmelserna. Bland övriga fritextsvar lyfts exempelvis en bristande kunskap om lagen i verksamheterna fram som ett hinder för tillämpningen av lagen. Andra utmaningar är att utskrivnings- och SIP-processerna inte fungerar tillfredställande och att det finns brister i kommunikationen mellan psykiatrin, primärvården och kommunerna. Bland de svarande som ser positivt på effekterna av lagen lyfts exempelvis fram att lagen har inneburit att man har hittat nya arbetssätt för fast vårdkontakt, planering och SIP.

## 16.8 SVÅRT ATT BEDÖMA UTVECKLINGEN AV PSYKIATRINS VÅRDTIDER

I likhet med somatiska vården finns ett bortfall för den psykiatriska vården i inrapporteringen till SKR under 2017 och 2019 för flera län. Bortfallet innebär att bilden av den genomsnittliga vårdtiden i riket för den psykiatriska vården inte är komplett (se tabell 7). Det är återigen viktigt att notera att det under 2020 kan ha gjorts uppdateringar som avser 2019 från regionerna som kan minska bortfallet.



**Tabell 7.** Bortfall i inrapporteringen till SKR, januari 2018–december 2019.

|                     | Jan. | Feb. | Mar. | Apr. | Maj. | Jun. | Jul. | Aug. | Sep. | Okt. | Nov. | Dec. |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>År 2017</b>      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Gävleborg           | ×    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Jönköping           | ×    | ×    | ×    | ×    |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Stockholm           | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    |
| Kalmar              | ×    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Västmanland         | ×    | ×    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Västra Götaland     | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    |
| Värmland            | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    |
| <b>År 2018</b>      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Jämtland/Härjedalen | ×    | ×    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Uppsala             |      |      |      |      | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    |      |
| Stockholm           | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    |
| Västra Götaland     | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    |      |      |      |
| Östergötland        |      |      |      |      | ×    |      |      |      |      |      |      |      |
| <b>År 2019</b>      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Jämtland            |      |      |      |      | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    |
| Skåne               |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | ×    |
| Stockholm           | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    | ×    |
| Uppsala             |      |      |      | ×    |      |      | ×    |      |      |      | ×    | ×    |
| Östergötland        |      |      |      |      | ×    |      |      |      |      |      |      |      |

Källa: SKR 2020, Vårdanalys bearbetning.

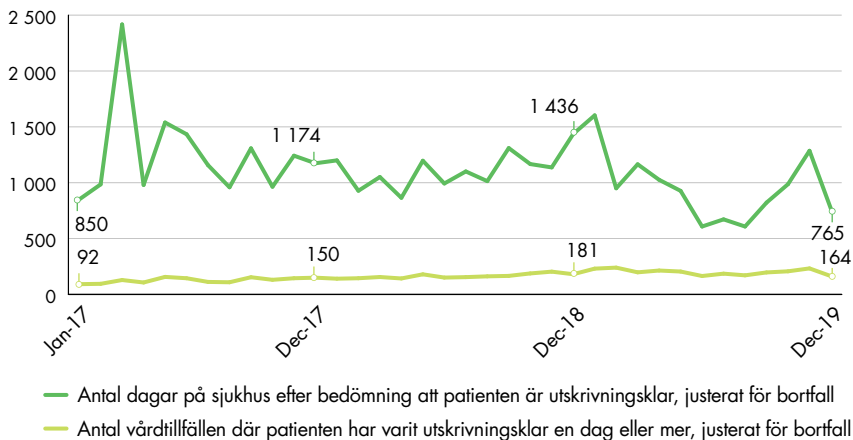
När vi tittar närmare på statistiken ser vi även att i vissa regioner, exempelvis i Region Uppsala, är antalet inrapporterade vårdtillfällen få i förhållande till befolkningsstorleken. Det talar för att det kan finnas en underrapportering från vissa regioner.

## 16.8.2 Bortfallet gör det svårt att dra slutsatser om vårdtider

I figur 65 nedan redovisar vi utvecklingen av antalet vårdtillfällen och vård dagar för patienter som har varit utskrivningsklara en dag eller mer för riket. Vår analys visar på en trend mot kortare vårdtider för utskrivningsklara patienter. Men bortfallet av data innebär att osäkerheten i statistiken är så stor att resultatet är osäkert. Exempelvis saknas data helt för Region Stockholm. På grund av de stora bortfallet har vi inte heller sett en mening med att justera beräkningarna för bortfall och vi har inte heller valt att beräkna genomsnittliga vårdtider för psykiatrin.

**Figur 65.** Vårdtid som utskrivningsklar i riket, samtliga regioner som har rapporterat in data.

Antal dagar på sjukhus och antal vårdtillfällen



Källa: SKR 2020, Vårdanalys bearbetning.

## 16.9 BÅDE FÖR- OCH NACKDELAR MED SNABB UTSKRIVNING

På samma sätt som inom den somatiska vården beskrivs både fördelar och nackdelar för patienter med att skrivas ut snabbare från den psykiatriska slutenvården. Flera patientföreträdare menar att utskrivningar som sker innan patienten är redo för det kan upplevas negativt och även medföra risker för återinsjuknande.

” För patienten är det inget problem att man ligger kvar för länge, snarare tvärtom. Bättre en vecka extra än för tidigt ut och sedan in igen. Det finns trygghet på sjukhus, rutiner, vänner, mat och boende. För tidig utskrivning blir lätt en återinskrivning, det är stora risker med för snabb utskrivning. Att minska tid på sjukhuset är ingen poäng om öppenvård och primärvård inte har resurser att ta större ansvar. Redan nu är tiden på sjukhuset så liten.”

(patientföreträdare)

Samtidigt finns fördelar med att patienter inte vårdas längre än nödvändigt inom slutenvården, menar personal inom psykiatrin. Det är viktigt till exempel för att patienten inte ska förlora sin självständighet och sina förmågor, menar de.





## Rättspsykiatrisk vård

I det här kapitlet belyser vi effekterna av LoSUS för patienter inom rättspsykiatriska vården. De viktigaste resultaten:

- Effekterna av LoSUS för patienter inom rättspsykiatrin är begränsade utifrån vad vi kunnat se. Formerna för samverkan är redan reglerade i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) och det finns till stor del rutiner för samverkan på plats sedan tidigare inom regioner och kommuner.
- Enligt bestämmelserna i LRV krävs ett beslut i förvaltningsdomstolen för att en patient med så kallad särskild utskrivningsprövning (SUP) ska kunna skrivas ut eller överföras från den slutna rättspsykiatriska vården. Ett ordnat boende i kommunen lyfts fram av personalen som det största hindret för överföring eller utskrivning från den slutna rättspsykiatriska vården.
- LoSUS ger kommunerna små ekonomiska incitament att påskynda processen att få fram ett boende till patienter som överförs eller skrivs ut från rättspsykiatrin.
- LoSUS är inte tillämplig vid utskrivningen från öppen rättspsykiatrisk vård. Det kan finnas stora behov av samordning, eftersom patienten skrivs ut från rättspsykiatrin och fullt ut ska anpassa sig till en tillvaro i samhället. Vi anser att det behövs en fördjupad analys av hur patientens samordningsbehov ser ut för den här gruppen patienter, samt vilken vård och omsorg som erbjuds när den rättspsykiatriska vården upphör. Analysen kan vara ett underlag för att bedöma om det är motiverat att LoSUS även ska omfatta utskrivningen från öppen rättspsykiatrisk vård, eller om det finns andra insatser som kan svara upp mot behoven.



Kapitlet bygger på intervjuer på 33 personer från landets rättspsykiatriska regionkliniker och storstadsregionernas rättspsykiatriska kliniker, representanter från psykosmottagningar inom allmänpsykiatrisk öppenvård, representanter från social- och omsorgsförvaltningar i Sveriges tio största kommuner, patient- och närståendeföreningar, en jurist på förvaltningsrätten samt en sakkunnig inom SKR, se bilaga 6. Vi har också analyserat data från Socialstyrelsen och Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister (RättsPsyK). I vår analys av rättspsykiatrin har vi utgått från följande frågor:

- Vilka patienter vårdas inom rättspsykiatrin?
- Hur ser processen för samverkan vid utskrivning från den rättspsykiatriska vården ut utifrån LoSUS?
- Hur förhåller sig LoSUS till LRV och annan relevant lagstiftning på det rättspsykiatriska området?
- Vilka utvecklingsarbeten har genomförts inom rättspsykiatrin och kommunerna med koppling till LoSUS ikraftträdande?
- Hur ser ansvars- och rollfördelningen ut vid utskrivningsprocessens olika moment?
- Vilka hinder och framgångsfaktorer finns för samverkan vid utskrivning för patienter inom rättspsykiatrin?
- Kan LoSUS bidra till ökad samverkan vid utskrivning för patienter i rättspsykiatrin?

## 17.1 VEM FÅR RÄTTSPSYKIATRISK VÅRD?

I faktaruta 6 nedan redogör vi kortfattat för patientgruppen inom rättspsykiatrin och hur den rättspsykiatriska vården ges i landet.

**Faktaruta:** Patienter inom rättspsykiatrin.

- De vanligaste orsakerna till rättspsykiatrisk vård var dom för misshandel, mordbrand, mord, olaga hot och hot mot tjänsteman (Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister 2018).
- 2 225 personer fick rättspsykiatrisk vård under 2017. Av dessa var 84 procent män och 16 procent kvinnor. 77 procent av patienterna fanns inom slutna rättspsykiatrisk vård och 23 procent inom öppen rättspsykiatrisk vård (Socialstyrelsen, 2018).
- Medianåldern var 40 år i hela patientgruppen under 2017 (Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister 2018).

(forts.)



- Mellan 2014– till 2017 ökade antalet patienter inom den slutna rättpsykiatriska vården med 7 procent. Antalet patienter inom den öppna rättpsykiatriska vården låg på en relativt konstant nivå under denna perioden (Socialstyrelsen, 2018).
- Medianvårdtiderna under 2017 skiljde sig mellan de olika rättpsykiatriska verksamheterna i landet och varierade mellan 22 månader och 87 månader (Nationellt rättpsykiatriskt kvalitetsregister 2018).
- Av de kvinnliga patienterna hade 78 procent särskild utskrivningsprövning (SUP) Motsvarande andel hos männen var 87 procent (Nationellt rättpsykiatriskt kvalitetsregister 2017). En särskild utskrivningsprövning innebär att den behandlande läkarens egna medicinska bedömning måste föregås av ett beslut av domstolen att den slutna tvångsvården ska upphöra, för att patienten ska anses vara utskrivningsklar (se 31 kap. 3 § BrB och 16 a § LRV).
- En majoritet av patienterna i den rättpsykiatriska slutenvården uppgav att de under den pågående rättpsykiatriska vården saknade bostad (62 procent). För den rättpsykiatriska öppenvårdens patienter var motsvarande siffra endast bara 2 procent. Det förklaras av att en majoritet av dessa patienter hade någon form av stödboende (Nationellt rättpsykiatriskt kvalitetsregister 2018).
- Rättpsykiatrisk vård ges vid 20 slutna rättpsykiatriska kliniker i landet. Öppenvårdsmottagningar finns antingen i anslutning till de slutna klinikerna, eller lokaliserade till andra platser i regionerna (SKL 2017).

## 17.2 REGLERINGEN AV RÄTTSPSYKIATRIN OCH PROCESSEN FRÅN INSKRIVNING TILL ÖVERFÖRING OCH UTSKRIVNING

I avsnitt 17.2.1 till 17.2.6 redovisar vi en beskrivning av hur LRV och LoSUS reglerar rättpsykiatrin och dess processer. Vi beskriver också de överväganden som gjordes för rättpsykiatrin inför att LoSUS trädde i kraft. Beskrivningen bygger på bestämmelserna i LRV, LoSUS och förarbetena samt på våra intervjuer.

### 17.2.1 Rättpsykiatrisk vård vid brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning

Till rättpsykiatrisk vård kan den som begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning (30 kap. 6 § brottsbalken (1962:700) (BrB)) dömas. Rättpsykiatrisk vård skiljer sig därför från annan vård, eftersom den är en brottspåföljd. Allvarlig psykisk störning är ett juridiskt begrepp och det finns ingen enskild diagnos som per automatik innebär att man anses lida av allvarlig psykisk störning. Vad som avses i första hand är olika tillstånd



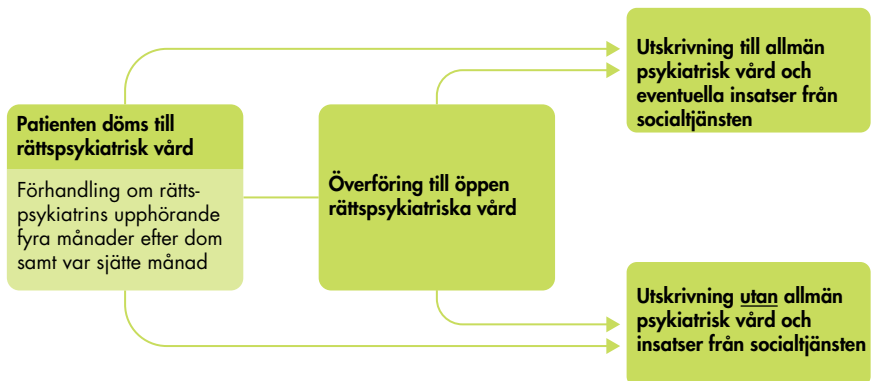
av psykotisk karaktär, det vill säga en störd verklighetsuppfattning med symptom som vanföreställningar, hallucinationer och förvirring.

Flera andra typer av tillstånd kan också vara aktuella inom ramen för allvarlig psykisk störning (prop. 1990/91:58, Socialstyrelsen 2009). LRV:s bestämmelser omfattar fler situationer än de där domstol har fattat beslut om rättspsykiatrisk vård. Lagen är också tillämplig på den som är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning, intagen i eller ska förpassas till kriminalvårdsanstalt eller är intagen i eller ska förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom om slutet ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken (se 1 § LRV).

Domstolen kan besluta att låta Rättsmedicinalverket genomföra en rättspsykiatrisk undersökning enligt lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning (LRU), för att utreda om en person lider av en allvarlig psykisk störning. Bedömer domstolen att det finns risk för att personen återfaller i allvarligare brottslighet kan den besluta om särskild utskrivningsprövning (SUP) (se 31 kap. 3 § BrB).

I avsnitten nedan redovisar vi en beskrivning av processen från överföring till öppen rättspsykiatrisk vård och utskrivning till allmänpsykiatrisk vård (figur 67).

**Figur 67.** Processen från dom till överföring till rättspsykiatrisk vård och utskrivning.



Fotnot: Figuren visar möjliga steg i överföringen och utskrivningen från den slutna rättspsykiatriska vården. Från våra intervjuer framkommer att det vanligaste flödet är överföring från slutna rättspsykiatrisk vård till öppen rättspsykiatrisk vård, och därefter utskrivning till allmänpsykiatrisk vård samt insatser från socialtjänsten.

Källa: LRV och intervjuer med personal inom rättspsykiatri och kommuner.

## 17.2.2 Överföring till öppen rättspsykiatrisk vård

För patienter som inte längre bedöms behöva rättspsykiatrisk slutenvård kan en överföring till öppen rättspsykiatrisk vård bli aktuell. Alternativt så kan patienten skrivas ut direkt från den rättspsykiatriska slutenvården till allmänpsykiatrisk vård. Våra intervjuer visar att de flesta patienter överförs från sluten till öppen rättspsykiatrisk vård. Intervjuerna visar också att de flesta patienter får allmänpsykiatrisk vård och insatser från socialtjänsten när den rättspsykiatriska vården upphör.

Inför överföringen ska den samordnade vårdplaneringen (SVPL) påbörjas. SVPL ska innehålla uppgifter om det bedömda behovet, beslut om insatser och patientens inställning till insatserna, vilken enhet vid regionen eller kommunen som ansvarar för insatserna och uppgift om eventuella åtgärder som vidtas av andra än regionen eller kommunen (se 12 a § LRV, 7 § och 7 a § LPT). Enligt våra intervjuer kan patienten beviljas permissioner för att få möjlighet att anpassa sig till samhället, exempelvis genom att gå och handla eller besöka ett boende (se 9–10 §§ LRV).

Vid överföring till öppen rättspsykiatrisk vård för patienter utan SUP ska chefsöverläkaren ansöka till förvaltningsrätten som då kan medge att vården ska övergå i öppen form (se 12 a § LRV, 7 § och 7 a § LPT). För patienter med SUP sker detta antingen genom en anmälan av chefsöverläkaren eller ansökan av patienten själv (se 16 a § LRV och 7 a § LPT).

För att överföring ska kunna ske måste SVPL vara justerad av alla berörda parter (se 12 a §, 16 b § LRV och 7 a § LPT). En SUP innebär att den behandlande läkarens egna medicinska bedömning måste föregås av ett beslut av domstolen att den slutna tvångsvården ska upphöra, för att patienten ska anses vara utskrivningsklar (se 16 a § LRV).

Om en SVPL till exempel är inkomplett eller saknas vid prövningen i domstolen, kan domstolen ge ett föreläggande till chefsöverläkaren om att se över patientens SVPL (se 8 § förvaltningsprocesslagen (1971:291)). Det kan vara fallet om den tilltänka boendeformen inte lever upp till patientens behov eller om de aktiviteter som planerats inte är tillräckliga. När förvaltningsrätten har godkänt ansökan överförs patienten i regel samma dag. Det är möjligt eftersom berörda parter ofta har planerat för överföring och insatser under en längre period. För patienter som vårdas utan SUP beslutar chefsöverläkaren om att den öppna rättspsykiatriska vården ska upphöra (se 13 § LRV). När patienten har överförts till öppen rättspsykiatrisk vård ansvarar kommunen för att bevilja insatser till brukare enligt socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).



### 17.2.3 Utskrivning från öppen rättspsykiatrisk vård

När patienten inte bedöms ha behov av öppen rättspsykiatrisk vård mer, gör chefsöverläkaren en ansökan i förvaltningsrätten om att tvångsvården ska upphöra (gäller patienter med SUP) (se 16 a § LRV). För patienter som vårdas utan SUP beslutar chefsöverläkaren om att den öppna rättspsykiatriska vården ska upphöra (se 13 § LRV). Utskrivningen kan föregås av en samverkansprocess där den öppna rättspsykiatriska vården, den allmänna psykiatriska vården, primärvården och kommunen deltar. Samordnad individuell planering (SIP) genomförs om patienten har behov av och samtycker till det (se 4 kap. 1–2 §§ LoSUS).

Våra intervjuer visar att utskrivningen även kan ske genom att den öppna rättspsykiatriska vården skickar en remiss om utskrivning till den allmänna psykiatrin som vid behov kan kalla till en samordnad individuell planering. När den rättspsykiatriska vården har upphört bestämmer patienten själv om hen vill ha fortsatt kontakt med hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Våra intervjuer visar att efter utskrivningen har de flesta patienter fortsatt kontakt med den allmänna psykiatrin och har vid behov insatser från kommunen.

### 17.2.4 LoSUS är tillämplig vid överföring till öppen rättspsykiatrisk vård

LoSUS är tillämplig vid överföring från sluten rättspsykiatrisk vård till exempelvis öppen rättspsykiatrisk vård, precis som sin föregångare betalningsansvarslagen (prop. 2016/17:106). LoSUS är också tillämplig om patienter skrivs ut direkt från den slutna rättspsykiatriska vården till allmänpsykiatrisk vård, utan att öppen rättspsykiatrisk vård blir aktuell. Men även för LoSUS gäller vissa begränsningar i tillämpningen när det kommer till rättspsykiatrin. För vissa av lagens bestämmelser gäller i stället bestämmelser i LRV och LPT. Det gäller exempelvis SVPL som ersätter SIP (4 kap. 1 § LoSUS).

Av lagens förarbeten följer att LoSUS inte är avsedd att tillämpas vid utskrivning från öppen rättspsykiatrisk vård till den allmänpsykiatriska vården (se prop. 2016/17:106).

### 17.3 FÖRSLAG ATT UNDANTA RÄTTSPSYKIATRIN FRÅN LOSUS

Utredningen Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård (SOU 2015:20) som föreslog LoSUS bedömde att rättspsykiatrin skulle undantas från lagens tillämpningsområde. Utredningen gav flera skäl till det, trots att den dåvarande betalningsansvarslagen redan omfattade rättspsykiatrin (se SOU 2015:20). Skälen som utredningen gav var flera:

- Samverkans- och planeringsprocessen för patienter inom rättspsykiatrin är reglerad i LRV och skiljer sig från den planeringsprocess som utredningen föreslog. Vårdtiderna är längre och medför andra förutsättningar och mer tid att planera inför utskrivning. Den långa vårdtiden innebär sammantaget en annan vårdssituation för patientgruppen. Patienter som vårdas med stöd av LRV har en mer komplicerad utskrivningsprocess jämfört med patienter inom den somatiska vården och den allmänna psykiatrin, eftersom vården är en påföljd efter ett brott. Det kräver en samsyn mellan vården och de kommunala enheterna som bygger på tillit och förtroende. Utredningen menade därför att den ytterligare tidspress som ett betalningsansvar innebär skulle kunna bli en betydande nackdel, särskilt mot bakgrund av svårigheten med att ha i förväg överenskomna rutiner.
- Syftet med kommunernas betalningsansvar enligt LoSuS är att ansvaren ska vara ekonomiska incitament för kortare väntetider. Dessa incitament ska bidra till förändrade arbetssätt, tätare samverkan och uppgjorda rutiner mellan huvudmännen. Men patienter som vårdas enligt LRV är mycket få, vilket innebär att de oftast är "sällanpatienter" för en genomsnittlig kommun. Utredningen menade att det inte vore rimligt eller praktiskt möjligt att på förhand komma överens om rutiner för samverkan för patienter som är så få, och som i regel kräver mycket utrednings- och planeringsarbete. De ekonomiska incitamenten skulle därför inte fungera som tänkt för den här patientgruppen.
- Vården äger oftast inte själva beslutet om att patienten är utskrivningsklar. Majoriteten av patienterna vårdas med SUP. Det innebär att sluten rättspsykiatrisk vård bara kan upphöra eller omvandlas till öppenvård genom domstolsbeslut. Utredningen menade att eftersom vården inte själva äger beslutet om när patienten är utskrivningsklar, komplicerar det utskrivningssituationen ytterligare och då särskilt för de kommunala berörda enheterna.



- En särreglering av rättspsykiatrin med ett undantag för LRV-patienter ansågs inte medföra några gränsdragningsproblem. Det är annars ofta är fallet vid särreglering och något som måste vägas in i den samlade bedömningen. Utredningen menade att så länge patienten vårdades enligt LRV skulle den nya lagen inte tillämpas. Om vården däremot övergick i vård enligt LPT eller HSL, skulle LoSUS bli tillämplig.

### 17.3.1 Men regeringen ansåg att LoSUS ska omfatta rättspsykiatrin

Regeringen delade visserligen delvis utredningens argument om att undanta patientgruppen, men kom fram till en annan slutsats. I propositionen redogörs för flera skäl varför LoSUS ska omfatta även patienter som vårdas med stöd av LRV (se prop. 2016/17:106):

- LRV-patienter omfattades redan av betalningsansvarslagen och regeringen befarade att det med ett uttryckligt undantagande av patientgruppen fanns en risk för oönskade effekter för enskilda och en mer komplicerad planeringsprocess.
- Utredningen föreslog inte att patienter som vårdas enligt LPT skulle undantas från lagens tillämpning. Processen vid utskrivning från vård enligt LPT och LRV är mycket snarlika och regleras i huvudsak genom samma bestämmelser i lag. Att då undanta den ena men inte den andra patientgruppen såg regeringen som olämpligt.
- Regeringen menade att LoSUS lämnar möjligheter för huvudmännen att själva komma överens om fristdagar och belopp för betalningsansvar för patientgruppen. Ett stort utrymme för särskilda överenskommelser för patientgruppen fanns alltså, och LoSUS så kallade backup-bestämmelser om fristdagar och belopp skulle inte vara ett hinder för att inkludera patientgruppen med hänsyn till deras dispositiva natur. Backup-bestämmelserna är inte anpassade för rättspsykiatris långa vårdtider.

### 17.4 LOSUS UTVECKLING, TILLÄMPNING OCH EFFEKTER

I det här avsnittet beskriver vi vilket utvecklingsarbete som har genomförts med anledning av LoSUS inom den slutna och öppna rättspsykiatriska vården och inom kommuner. Vi belyser även hur olika aktörer ser på utgångsläget vid införandet av lagen, hur lagen tillämpas i praktiken och vilka effekter den har fått för användningen av inskrivningsmeddelande, fast vårdkontakt, information, planering och betalningsansvar. Vi avslutar med att beskriva hur olika aktörer ser på effekterna av LoSUS.

### 17.4.1 Patientgruppen är särskilt utsatt

I våra intervjuer beskriver patientorganisationerna att patienter som vårdas inom rättspsykiatrin är en utsatt grupp. Vårdtiderna är oftast långa och patienter som vårdas med tvång befinner sig i en särskilt utsatt situation. En central utmaning som lyfts fram är att den slutna rättspsykiatriska vården inte har några möjligheter att överföra patienten till rättspsykiatrisk öppenvård förrän kommunen har kapacitet att ta emot. Det innebär att vårdtiderna kan bli onödigt långa. Det är främst bristen på anpassade boenden till patienterna som är ett hinder.

Detta har även uppmärksammats av organisationen Civil Rights Defenders som lyfter fram att patienter kan bli kvar inom slutna rättspsykiatrisk vård mot sin vilja. Civil Rights Defenders anmälde i januari 2018 en kommun till Justitieombudsmannen (JO) när en patient som bedömdes vara färdigbehandlad fick vänta ett år på ett boende med särskild service. Detta trots att kommunen känt till patientens behov av bostad i över ett och ett halvt år Civil Rights Defenders (2018). En av de som vi intervjuat inom en patientorganisation anser att grunden till att patienter blir kvar i rättspsykiatrin när de är utskrivningsklara är bristande kommunikation mellan regionen och kommunen.

### 17.4.2 Verksamheterna har fungerande samverkansrutiner

Från den rättspsykiatrariska slutenvårdens och öppenvårdens samt kommunernas sida lyfts fram att det fanns utarbetade rutiner och kanaler för samverkan redan innan LoSUS infördes som regleras av LRV. Personalen beskriver att samverkan i stort fungerar bra. Personalen menar också att det är kommunernas förmåga att ordna med ett anpassat boende som i praktiken avgör om patienten kan överföras till öppen rättspsykiatrisk vård eller skrivas ut.

### 17.4.3 Visst utvecklingsarbete med anledning av lagen

Runt hälften av de personer som har intervjuats inom den rättspsykiatriska slutenvården uppger att deras verksamheter har genomfört någon form av utvecklingsarbete med anledning av LoSUS. Exempel är revideringar av befintliga samverkansrutiner, framtagande av nya rutiner och utbildning av personal. De ändrade rutinerna innebär exempelvis att inskrivningsmeddelandet ska skickas inom 24 timmar. Några personer lyfter fram att samverkansträffar och kunskapsutbyte mellan regionen och kommunerna har inletts, för att öka förståelsen för deras respektive verksamheter.



Flera kommunrepresentanter beskriver att de har genomfört utvecklingsarbete i sina verksamheter med anledning av LoSUS. Men det har inte nödvändigtvis haft ett specifikt fokus på de patienter som vårdas inom rättspsykiatrin, utan på samtliga patienter som berörs av lagen. Gemensamma rutiner för samverkan med den rättspsykiatriska slutenvården har setts över, och när samverkansrutiner och processbeskrivningar har saknats har nya tagits fram.

#### 17.4.4 Inskrivningsmeddelandet har begränsad relevans

##### Vad säger lagstiftningen om inskrivningsmeddelande?

Ett inskrivningsmeddelande ska innehålla upplysningar om patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress samt om beräknad tidpunkt för utskrivning (2 kap. 2 § LoSUS). Av lagen framgår också att ett inskrivningsmeddelande ska skickas senast 24 timmar efter det att patienten har skrivits in i den slutna vården (2 kap. 3 § LoSUS).

Vår slutsats är att det av naturliga skäl är svårt att beräkna tidpunkt för beräknad utskrivning för patienter inom rättspsykiatrin. Rättspsykiatrisk vård är till skillnad från fängelsestraff inte tidsbestämd och vårdtiderna är ofta väldigt långa jämfört med somatisk vård. Uppgiften om den beräknade tiden för utskrivning i inskrivningsmeddelandet blir därför bara hypotetisk, och kan revideras flera gånger under vårdförloppet. Det här problemet ser vi även inom den somatiska vården.

Hälften av de tillfrågade verksamheterna inom den slutna rättspsykiatriska vården anger att de har upprättat en rutin för att skicka ett inskrivningsmeddelande inom 24 timmar. Verksamheterna har svårt att se några andra skäl till att skicka iväg ett inskrivningsmeddelande i samband med inskrivning annat än för att följa LoSUS. Eftersom vårdtiderna inom rättspsykiatrin är långa beskrivs nyttan med inskrivningsmeddelandet som tveksam. Skälet är att kommunerna har svårt att planera för insatser som ska ges så långt fram i tiden.

Flera representanter för kommuner beskriver ändå att inskrivningsmeddelandet möjliggör prognostisering. Men några pekar på att rättspsykiatrins vårdtider normalt är mångåriga, och att det kan vara svårt att flera år i förväg förutse en individs funktionsnivå och planera insatser därefter. Få av de intervjuade personerna i kommunerna hade tagit emot ett inskrivningsmeddelande sedan LoSUS infördes. Flera kommunrepresentanter menar att informationsöverföringen fungerade väl redan



innan LoSUS införande. Rättspsykiatrin uppfattas som hjälpsamma när kommunerna begär in kunskapsunderlag om patienten för planering och beslut om insatser.

Fungerande it-system lyfts fram av personal inom både kommuner och regioner som en viktig framgångsfaktor för en fungerande kommunikation mellan regionen och kommunen. Några intervjupersoner lyfter fram att it-system redan finns och andra menar att man behöver utveckla sådana.

### 17.4.5 Fast vårdkontakt utses oftast i samband med utslussning

#### Vad säger lagstifningen och dess förarbeten om fast vårdkontakt?

Det är enheten i den regionfinansierade öppna vården som har tagit emot ett inskrivningsmeddelande för en patient som ska utse den fasta vårdkontakten (se 2 kap. 5 § LoSUS). I fråga om rättspsykiatriska patienter betraktas de däremot fortfarande som inskrivna på den slutna rättspsykiatriska anstalten, även om vården sker i öppen form (prop. 2007/08:70). Här har den rättspsykiatriska vården ett fortsatt ansvar för patienten.

För patienter inom den somatiska vården är det den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppna vården som ska kalla berörda enheter till samordnad individuell planering (4 kap. 3 § LoSUS). Av LoSUS framgår att för LRV-patienter ska den planeringen i stället genomföras enligt bestämmelserna om samordnad vårdplan i LPT och LRV (se 4 kap. 1 § LoSUS).

Av förarbetena till LoSUS framgår att målgruppen för lagen har så sammansatta behov att den oftast borde behöva en fast vårdkontakt, och att det vid tillämpningen av den nya lagen bör säkerställas att en fast vårdkontakt som huvudregel utses för den enskilde (prop. 2016/17:106). Även om LoSUS ursprungligen utformades med patienter som skrivs ut från den somatiska slutenvården i åtanke, konstateras det i propositionen att patienter som vårdas enligt LRV är en särskilt utsatt och sårbar grupp. Det framgår även att innan de har begått de brott som de har dömts för har en stor andel haft kontakt med den psykiatriska vården. Utöver den psykiatriska problematiken har de rättspsykiatriska patienterna ofta också ett missbruk, och behoven av insatser efter slutenvårdstiden hos målgruppen omgärdas av särskilda omständigheter (prop. 2016/17:106).

Våra intervjuer med personal i den rättspsykiatriska slutenvården och öppenvården visar att den fasta vårdkontakten i regel utses när patienten är redo för utslussning och arbetet med SVPL har påbörjats. I våra intervjuer används begreppet utslussning. Utslussning omfattar samverkan mellan aktörer inför överföringen till öppen rättspsykiatrisk vård. Personalen anger att den fasta vårdkontakten oftast är en person inom den öppna rättspsykiatriska vården och att samma person även kan vara involverad i samordningen under den period som patienten vårdas inom slutenvården. Några regioner



lyfter fram att det finns mobila öppenvårdsteam som under delar eller hela tiden som patienten vårdas inom rättspsykiatri är fast vårdkontakt. Intervjupersonerna i slutenvården och öppenvården uppger att de rutiner som finns för fast vårdkontakt fungerar bra. Men arbetssättet är inte en följd av LoSUS, utan har funnits tidigare.

Kommunerna uppfattar den fasta vårdkontakten som något positivt som underlättar kommunikation och samverkan. Men de påpekar också att fast vårdkontakt även har funnits tidigare, innan LoSUS infördes.

### 17.4.6 Patienterna behöver involveras mer och få mer information

#### Vad säger lagstiftningen om information till patienten?

Chefsöverläkaren är skyldig att se till att patienter inom rättspsykiatri får viss information. Det gäller bland annat information om rätten att få en stödperson, rätten att överklaga vissa beslut och rätten att i vissa fall få ett offentligt biträde. Chefsöverläkaren har också en skyldighet att erbjuda en patient ett uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd (se 8 § LRV).

Utöver de bestämmelser om information som är specifika för rättspsykiatriska patienter, gäller också de allmänna bestämmelserna om vilken information patienterna ska få enligt patientlagen (2014:821). I avsnitt 2.3.4 i delrapporten redogör vi för vilken information vårdgivare har en skyldighet att lämna till patienter (Vårdanalys 2018).

Intervjupersoner från patientorganisationer uppger att information till patienter och närstående i ett tidigt skede i processen är avgörande för patientens framtida hälsa och återhämtning. En patientorganisation tar upp att patienten har begränsat inflytande i planering under överföring och utskrivning.

” I denna fas, när ett boende hittas, går processen ofta fort och det finns sällan tid till något djupare resonemang huruvida det tilltänkta boendet är det lämpligaste. Detta kan i värsta fall få mycket negativa konsekvenser för patienten och äventyra hela den fortsatta rehabiliteringen.”

(representant, patientorganisation)

En annan patientrepresentant tar upp att patienten behöver bli mer involverad i dialogen om hur vården ska utformas i övergången till den öppna rättspsykiatriska vården och den allmänna psykiatriska vården.

I den nationella patientenkäten för 2018 angav 53 procent av de svarande patienterna inom den slutna rättspsykiatriska vården att de fått tillräckligt med information om sin vård och behandling. Andelen positiva svar för öppenvård var 65 procent. Men svarsfrekvensen var låg i undersökningen (25 procent), vilket innebär att resultaten behöver tolkas med försiktighet (Nationell Patientenkät 2018).

Personal inom den rättspsykiatriska slutenvården anser att information till patienten inte innebär några större svårigheter, eftersom patienten, och om möjligt även de närstående, är delaktiga i den samordnade vårdplaneringen. Intervjupersonerna i den rättspsykiatriska öppenvården lyfter fram att vårdplaneringen ska utgå från patientens behov och önskemål (se 7 a § LPT). Därför menar de att information till patienter och närstående ständigt är aktuellt och fungerar bra. Några anser att information till patient och närstående skulle kunna utvecklas.

### 17.4.7 Planeringen styrs av bestämmelserna för samordnad vårdplanering

#### Vad säger lagstiftningen och dess förarbeten om planering?

##### *Annorlunda planeringsprocess inom rättspsykiatrin*

Planeringsprocessen för patienter som har slutet rättspsykiatrisk vård och som ska skrivas ut till öppna vårdformer skiljer sig från den som vi har beskrivit i kapitel 15. Det är chefsöverläkaren som ansvarar för upprättandet av den samordnade vårdplanen och kallar till möte (se 12 a §, 16 b § LRV och 7 a § LPT). Eftersom domstolens prövning av ansökan om överföring till öppen vård är avhängig vårdplanen, kan en patient inte överföras från slutet psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård till öppen vård utan att en vårdplan är upprättad tillsammans med kommunen (prop. 2016/17:106). LoSUS bestämmelser om SIP blir däremot tillämpliga om en patient ska skrivas ut från psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård till öppen vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (prop. 2016/17:106).

##### *Samordnad vårdplan skiljer sig från SIP*

Chefsöverläkaren upprättar SVPL och utformar den tillsammans med de enheter vid kommunen eller regionen som ansvarar för insatserna. Den är upprättad när enheterna har godkänt innehållet (se 7 a § LPT). Det finns några skillnader mellan SIP och SVPL även om de i stort ska innehålla liknande uppgifter.

(forts.)



### **SIP ska innehålla uppgifter om**

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för
- vilka åtgärder någon annan än regionen eller kommunen ansvarar för
- vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret.

(Se 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL.)

### **SVPL ska innehålla uppgifter om**

- det bedömda behovet
- beslut om insatser och patientens inställning till dessa
- vilken enhet vid regionen eller kommunen som ansvarar
- eventuella åtgärder som görs av andra än regionen eller kommunen.

(Se 7 a § LPT, hänvisning från 12 a § och 16 b § LRV.)

Bestämmelserna om samordnad vårdplan i LPT och LRV omfattar mer än SIP enligt SoL och HSL, eftersom även enheter och insatser från den kommunala hälso- och sjukvården omfattas av planeringen (prop. 2008/09:193). Men syftet med de två olika planerna är i princip detsamma, det vill säga att lista de insatser som är planerade och tydliggöra vem som ska utföra dem. I förarbetena framhålls också att planeringen enligt de olika bestämmelserna med fördel kan samordnas i den mån det är möjligt, eftersom det för den enskilde inte finns något egenvärde i att ha flera planer upprättade med samma innehåll (prop. 2016/17:106).

Den samordnade vårdplanen förutsätter att man samråder med patienterna om deras behov och att man tillgodoser deras valmöjligheter så långt det är möjligt. Det ökar förutsättningarna för att insatserna från hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kunna få största möjliga effekt och att syftet med tvångsvården uppnås. En förutsättning för kommunens beslut om insatser är att kommunen och den enskilde är överens om insatserna, eftersom insatser enligt SoL och LSS ska vara erbjudanden och inte kan förenas med tvång (prop. 2007/08:70).

Eftersom planeringen inom rättspsykiatri främst styrs av LRV, ligger vårt fokus för det här avsnittet på SVPL och inte på SIP.

### *Upprättandet av samordnad vårdplan följer utarbetade rutiner*

Intervjupersoner i den rättspsykiatriska slutenvården beskriver att kallelsen till och genomförandet av samordnad vårdplanering sker enligt tidigare upprättade rutiner, som inte har påverkats av LoSUS införande. Tidpunkten när kallelsen sker kan variera från sex månader till två år innan överföringen, beroende på hur komplexa behov patienten har. Intervjupersonerna uppger

även att de kontaktar kommunen i ett tidigt skede, när det är känt att det är svårt att ordna med boende.

Även den öppna rättpsykiatriska vården anger att vården sker enligt utarbetade arbetsformer, eftersom den öppna vården blir en naturlig aktör i den samordnade vårdplaneringen. Kommunerna lyfter fram att den främsta framgångsfaktorn för planeringen och deras samarbete med rättpsykiatri är om de tidigare har haft ett bra samarbete med kliniken i fråga.

### *Största hindren för vårdplaneringen är att hitta ett boende*

Intervjupersonerna från slutenvården beskriver kommunernas svårigheter att hitta adekvata boenden som det största hindret för att upprätta den samordnade vårdplanen. Patienten riskerar att försämrans under en utdragen väntan på boende, och man upplever att svårigheterna inte kan avhjälpas av LoSUS.

Två intervjupersoner lyfter fram att kommunerna i vissa fall hellre tar viten från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) än upphandlar privata boenden. Men merparten av intervjupersonerna från slutenvården uppger samtidigt att kommunerna gör sitt yttersta att försöka ordna med boende. Att hitta ett boende uppfattas som utmanande, eftersom patienten inte sällan har en historia av brott. Att ansöka om insatser enligt SoL är frivilligt och patienten måste själv göra ansökan. Om patienten inte uppfyller kraven för insatserna enligt SoL eller LSS, behöver patienten själv ordna med boende. Det kan exempelvis ske genom att patienten ställer sig i den kommunala bostadskön, men kötiden är ofta lång.

Även kommunerna och patientorganisationerna menar att boendefrågan är det största hindret för planering, överföring och utskrivning. Patientorganisationerna lyfter även fram att problem ibland uppstår när rättpsykiatri och kommunen inte delar synen på vilka insatser som behövs, exempelvis boende. Det kan leda till att färdigbehandlade patienter inom rättpsykiatri inte kan överföras eller skrivas ut. Skälet är att beslut från förvaltningsrätten kräver att den samordnade vårdplanen ska rymma planering för boende.

### *Svårare att planera och samverka när patienten bor i annan kommun*

Både slutenvården och kommunerna anser att planeringen och samverkan blir mer utmanande om patienten har vårdats långt från hemkommunen, och flyttar hem igen vid övergången till öppen rättpsykiatrisk vård eller när tvångsvården upphör. Det är svårare att komma i kontakt med handläggare i andra kommuner, och rutiner och riktlinjer för samverkan kan skilja sig åt.



Om patienten behöver insatser enligt SoL eller LSS från den nya kommunen, blir hemkommunen betalningsansvarig för patienten. I det läget kan det vara bättre med en överflyttning av patienten till en klinik som ligger närmare den nya tilltänkta hemkommunen, för att bättre kunna samverka kring patienten.

### *Patientorganisationer vill involvera patienten mer i vårdplaneringen*

Intervjupersoner från patientorganisationer beskriver att patienter och närstående inte får tillräckligt med utrymme att ge synpunkter på boende och övrig planering i SVPL, exempelvis planering för vad patienten har för önskemål och behov för att kunna återhämta sig. De tar även upp att en del patienter föredrar öppen rättspsykiatrisk vård inom allmänpsykiatrin, för att där finns ett större fokus på hälsofrämjande insatser jämfört med inom rättspsykiatrin.

I den nationella patientenkäten för 2018 uppgav 52 procent av patienterna inom slutenvården respektive 65 procent i öppenvården att de tillsammans med vårdpersonalen eller behandlaren hade upprättat en skriftlig vårdplan för sin fortsatta vård. 55 procent av patienterna inom slutenvården och 72 procent inom öppenvården uppgav att personalen hade samordnat kontakter med vården i en nödvändig utsträckning (enkäten ställde inga frågor om samordningen med kommunen) (Nationell Patientenkät 2018). Men återigen är det viktigt att påpeka att svarsfrekvensen i undersökningen var låg (25 procent).

## **17.4.8 Betalningsansvaret skyndar inte på utskrivningen**

### **Vad säger lagstiftningen och dess förarbeten om betalningsansvar?**

Tre förutsättningar måste vara uppfyllda för att kommunen ska ta över betalningsansvaret för en patient som vårdas inom rättspsykiatrin. Bestämmelserna i LoSUS innebär att kommunens betalningsansvar för patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård, ska inträda om den slutna vården har

- underrättat kommunen om att patienten har skrivits in (inskrivningsmeddelande) enligt 2 kap. 1–3 §§ LoSUS
- underrättat berörda enheter i kommunen om att patienten är utskrivningsklar enligt 3 kap. 1 § LoSUS
- upprättat den samordnade vårdplanen enligt 7 a § LPT eller 12 a § LRV.

Av förarbetena till den nya vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård framgår att innan domstolen fattat ett beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård inträder inget betalningsansvar för kommunen, eftersom det då

(forts.)

inte är möjligt för regionen att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för i öppenvården (prop. 2007/08:70). Kommunen får däremot i praktiken ändå överta betalningsansvaret om anledningen till att det inte kan fattas något beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård är att kommunen inte har deltagit i att upprätta den samordnade vårdplanen. Det gäller för de patienter där chefsöverläkaren är skyldig att låta tvångsvården upphöra så fort det inte längre finns förutsättningar för sådan vård (prop. 2007/08:70).

Enligt LoSUS ska kommunens betalningsansvar inträda tre dagar efter det att den slutna vården har skickat en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar (se 5 kap. 4 § LoSUS). Motsvarande gäller i rättspsykiatrin om chefsöverläkaren har underrättat berörda enheter enligt LPT:s bestämmelser (se 7 a § 3 st. LPT). Med tre dagar avses tre kalenderdagar (prop. 2016/17:106). Eftersom särskilda förutsättningar gäller för patienter inom rättspsykiatrin, kan regioner och kommuner behöva utnyttja de möjligheter LoSUS erbjuder för att komma överens om särskilda tidsfrister och belopp (se prop. 2016/17:106).

Intervjupersonerna inom slutenvården anger att bestämmelsen om att kommunernas betalningsansvar ska inträda tre dagar efter det att den behandlande läkaren har bedömt att en patient är utskrivningsklar i praktiken har en liten betydelse inom rättspsykiatrin. Enligt slutenvården beror det på att kommunens betalningsansvar börjar gälla först när förvaltningsrätten har godkänt ansökan om överföring till öppen rättspsykiatrisk vård. Chefsöverläkarens underrättelse om att patienten är utskrivningsklar får därmed en underordnad betydelse.

Intervjupersonerna i slutenvården uppger att kommunerna lutar sig mot SKR:s rekommendation att ”den behandlande läkarens egna medicinska bedömning i dessa fall måste föregås av ett beslut av domstolen att tvångsvården ska upphöra, för att patienten ska anses vara utskrivningsklar”. Rekommendationen hänvisar i sin tur till regeringens proposition ”Patienter som bedöms vara utskrivningsklara från psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård omfattas av den föreslagna skyldigheten att lämna en underrättelse om att patienten bedöms vara utskrivningsklar”. I vissa fall måste den behandlande läkarens bedömning föregås av ett beslut av domstol om att tvångsvården ska upphöra (prop. 2016/17:106). Slutenvårdsklinikerna beskriver att de blir bakbundna i och med att de inte kan ansöka om överföring i förvaltningsrätten förrän en samordnad vårdplan har tagits fram och kommunen har ett ordnat boende.

En intervjuperson inom slutenvården tar upp att den nya lagen behöver ses över och kommunernas betalningsansvar borde inträda när chefsöverläkaren har bedömt patienten som överförings- eller utskrivningsklar. De lyfter fram att kommunerna har haft lång tid på sig att ordna med insatser under utslussningsprocessen. En annan intervjuperson uppger att deras klinik



ser över de juridiska möjligheterna om betalningsansvar kan krävas av kommunerna innan förvaltningsrätten har godkänt ansökan om överföring till öppen rättspsykiatrisk vård.

En intervjuperson från Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister anser att det skulle vara en fördel om klinikerna kunde rapportera in till kvalitetsregistret när chefsöverläkaren har bedömt patienten som medicinskt färdigbehandlad. På så sätt skulle man kunna följa upp hur många patienter i hela landet som väntar på att få sin ansökan om överföring till öppen rättspsykiatrisk vård prövad i förvaltningsrätten.

Några intervjupersoner i slutenvården tar upp att en negativ effekt av betalningsansvaret är att fokus skiftas från vad som är bäst för patienten utifrån patientens behov till betalningsansvaret. En intervjuperson uppger att det finns en risk att kommunerna blir stressade och ordnar med boenden som inte är ändamålsenliga för patienten. Samtidigt kan vi konstatera att andra framhåller att betalningsansvaret i praktiken har en liten betydelse.

Ingen av kommunrepresentanterna som har intervjuats tar upp några svårigheter kopplade till betalningsansvaret. Men man ser också risker med att det stressas fram lösningar som inte är bra för patienten. En annan risk är att antalet konflikter mellan regionen och kommunen kan öka.

## 17.5 BEGRÄNSADE EFFEKTER AV LOSUS

I det här avsnittet sammanfattar vi vilka effekter som personal och patientorganisationer ser med LoSUS. Patientorganisationerna tror inte att LoSUS kommer få någon tydlig effekt för rättspsykiatrins patienter. Kommunernas ekonomi och bostadsutbud uppfattas ha större betydelse för rättspsykiatrins överföring och utskrivning än LoSUS.

Det som lyfts fram som positivt med lagen är att den förtydligar huvudmännens ansvar för att samverka kring patienten. De anser också att det är bra att LoSUS omfattar rättspsykiatrins patienter, eftersom lagen även gäller för andra bredare patientgrupper som skrivs ut från slutenvården. Men de lyfter samtidigt fram att det krävs ett annat ”tänk” om behoven hos rättspsykiatrins patienter, för att uppfylla lagens syfte. Exempelvis behöver personalen i god tid diskutera med patienten hur återhämtningen ska kunna fortsätta på hemmaplan.

Från slutenvården lyfts det fram att det ännu är för tidigt att utvärdera eller beskriva om lagen är ändamålsenlig eller inte. Det som är positivt är att lagen tar avstamp i den enskilda individen och tydliggör huvudmännens ansvar. Men de uppger att det i praktiken är svårt att överföra eller skriva



ut patienten när hen är utskrivningsklar. Det är möjligheterna till ett ordnat boende som lyfts fram som det största hindret för det. Det finns en förhoppning om att boendefrågan ska lyftas till en högre politisk nivå. De anser att det krävs nationella lösningar.

Kommunerna är positiva till LoSUS, eftersom de menar att lagen är ett sätt att tydliggöra processer och ansvarsfördelning. Till exempel pressas kommun- och regionledningarna till överenskommelser om hur huvudmännen ska fördela arbetet och ansvaret mellan sig. En intervjuperson menar att det är ett steg mot en mer jämlik vård och omsorg i landet, eftersom samverkanskraven kan få ökad likriktning av arbetet som följd. Men de flesta är tveksamma till om lagen kommer få några egentliga effekter för rättpsykiatriens patienter, som inte uppfattas som lagens primära målgrupp.

## 17.6 LAGEN TILLÄMPAS I PRAKTIKEN INTE VID UTSKRIVNINGEN FRÅN DEN ÖPPNA RÄTTSPSYKIATRISKA VÅRDEN

LoSUS är tillämplig vid överföring från sluten rättpsykiatrisk vård till exempelvis öppen rättpsykiatrisk vård, precis som sin föregångare betalningsansvarslagen. Lagen är däremot inte tillämplig i utskrivningen från öppen rättpsykiatrisk vård till allmänpsykiatrisk vård. Uppfattningen bland personalen är att det aldrig varit lagens intention. Men det framhålls att en SIP genomförs om någon aktör ser behov och patienten samtycker. Fast vårdkontakt utses i allmänpsykiatrien om det finns behov.

Vår avslutande slutsats är att även övergången från rättpsykiatri till annan vård och insatser är viktig för patienten, och det kan finnas stora behov av samordning och stöd när den rättpsykiatriska vården har upphört. Vi anser att det behövs en fördjupad analys av hur samordningsbehovet ser ut för den här gruppen patienter, samt vilken vård och omsorg som erbjuds när den rättpsykiatriska vården upphör. Analysen kan vara ett underlag för att bedöma om det är motiverat att LoSUS även ska omfatta utskrivningen från öppen rättpsykiatrisk vård eller om det finns andra insatser som kan svara upp mot behoven.









## Referenser

- Anell, A., Mattisson, O. (2009). "Samverkan i kommuner och landsting: en kunskapsöversikt. Lund: Lunds universitet."
- Axelsson, R., Bihari Axelsson, S. (2007). "Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer. Lund: Studentlitteratur."
- Civil Rights Defenders (2018). "Man hölls kvar i tvångsvård trots att han var färdigbehandlad. <https://crd.org/sv/2018/02/15/man-holls-kvar-i-tvangsvard-trots-att-han-var-fardigbehandlad/> Hämtad 20190221."
- Czarniawska, B., Sevón, G. (red.) (1996 ). "Translating Organizational Change. Berlin: De Gruyter."
- Danermark, B., Kullberg, C. (1999). "Samverkan - välfärdsstatens nya arbetsform. Lund: Studentlitteratur."
- Ekonomistyrningsverket (2016). "Vägledning Verksamhetslogik. Stockholm: Ekonomistyrningsverket."
- Eriksson-Zetterqvist, U. (2009). "Institutionell teori – idéer, modern, förändring. Malmö: Liber."
- Forss, K. (2007 ). "Utvärdering som hantverk: bortom mallar och manualer. Lund: Studentlitteratur."
- Forsell, A., Ivarsson Westerberg, A. (2014). "Administrationssamhället. Lund: Studentlitteratur."
- Inspektionen för vård och omsorg (2017). "Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande. Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård."
- Krohwinkel, A. (red.), Mannerheim, U., Rognes, J., Larsson, I. (2019). "Värdebaserad vård. En organisationsteoretisk genomlysning av innehåll, ändamålsenlighet och lärdomar för framtiden. Leading Healthcare Report nr 2."

- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). "Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur."
- Lindgren, L. (2006). "Utvärderingsmonstret: kvalitets- och effektmätning i den offentliga sektorn. Lund: Studentlitteratur."
- Ljung, M., Ivarsson Westerberg, A. (2017). "När målstyrning blev detaljstyrning, Arbetsvillkor och administrativa rutiner i hemtjänsten. Förvaltningsakademin nr 12. Stockholm: Elanders."
- Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister (2018). "Årsrapport 2017. Göteborg: Nationellt rättspsykiatriskt register."
- Nationell Patientenkät (2018). "Rättspsykiatri slutenvård 2018, Rättspsykiatrisk öppenvård. <https://patientenkät.se/sv/resultat/> Hämtad: 2019-01-14. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner."
- Pierre, J., Sundström, G. (2009). "Samhällsstyrning i förändring. Stockholm: Liber."
- Regeringen (2017). "Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Stockholm: regeringen."
- Regeringen (2019). "Regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende Socialstyrelsen: Stockholm: Regeringen."
- Sandberg, B., Faugert, S. (2007 ). "Perspektiv på utvärdering. Lund: Studentlitteratur."
- SKL (2017a). "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, (2017b). "Vårdens innehåll i rättspsykiatri. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting."
- SKR (2019). "Sveriges Kommuner och Regioner (2019). Dnr 18/00237. Ansökan om medel till medlemsstöd 2019 avseende Samverkan vid utskrivning från sjukhus. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner."
- SKR (2019). "Sveriges Kommuner och Regioner (2019). Dnr 18/00237. Samverkan vid utskrivning från slutenvård. 2019-04-17. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner."
- Socialstyrelsen 2009. "Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18), Västerås: Socialstyrelsen".
- Socialstyrelsen (2018a). "Statistik om kommunala hälso och sjukvårdsinsatser. [https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikel\\_katalog/statistik.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikel_katalog/statistik.pdf)." Hämtad 2019-11-02.

- Socialstyrelsen (2018b). "Socialstyrelsen statistikdatabas psykiatrisk tvångsvård. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/psykiatrisktvangsvard>." Hämtad: 2019-01-02.
- Socialstyrelsen (2019a). "Socialstyrelsens termbank. <https://termbank.socialstyrelsen.se>." Hämtad 2019-03-10.
- Socialstyrelsen (2019b). "Statistikdatabas för äldreomsorg. [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_ald/](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_ald/)." Hämtad 2020-01-20.
- Socialstyrelsen (2019c). "Öppna jämförelser 2019 - Vård och omsorg om äldre." Hämtad 2020-02-12.
- Socialstyrelsen (2019d). "Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-17.pdf>". Hämtad 2019-10-11.
- Socialstyrelsen (2020). "Case management." <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/casemanagement/>. Hämtad 2020-03-22."
- Sundström (2019). "Framtidens universitetssjukhus. Beslut om Nya Karolinska Solna Delrapport 2 2019-03-15. Stockholm: SNS Förlag."
- Vedung, E. (2009). "Utvärdering i politik och förvaltning. 3. Omarbetad och uppdaterad upplaga. Lund: Studentlitteratur."
- Vårdanalys (2013). "Ur led är tiden. Rapport (2013:9). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys."
- Vårdanalys (2014). "VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom. Rapport (2014:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys."
- Vårdanalys (2015). "Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar. Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995. Rapport 2015:10. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys."
- Vårdanalys (2016a). "Vården ur befolkningens perspektiv 2016. PM 2016:5. Stockholm: Myndigheten för vård och omsorgsanalys."
- Vårdanalys (2016b). "Samordnad vård och omsorg. PM 2016:1. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys."
- Vårdanalys (2017a). "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 (2017b) "Att komma överens. En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården. Rapport 2017:1. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys."
- Vårdanalys (2018). "På Väg. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Rapport 2018:11. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys."

- Vårdanalys (2019a). "Gränslösa möjligheter, gränslösa utmaningar? Behov av digitala stöd hos personal och patienter i cancervården Rapport 2019:5. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys."
- Vårdanalys (2019b). "Med örat mot marken, Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Del 1: Angreppssätt och utgångspunkter. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys."
- Vårdanalys (2020) Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019 - En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Rapport 2020:5. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys."







## BILAGA 1 – UTVECKLINGSARBETE

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. I den här bilagan beskriver vi SKR:s, kommunernas och regioners utvecklingsarbete och hur stimulansmedel från regeringen har använts. De viktigaste resultaten:

- Regeringens beviljade stimulansmedel till SKR, regioner och kommuner var 36 miljoner kronor 2017 till 2019.
- Både SKR, kommuner och regioner har genomfört ett brett utvecklingsarbete 2017 till 2019. Fortsatta utvecklingsinsatser pågår och planeras för 2020.
- Utvecklingsarbetet inom kommuner och regioner har framför allt inriktats mot information till och utbildning av personal, införande och utveckling av it-system samt införande av nya rutiner och processer. Många insatser har genomförts i samverkan mellan regioner och kommuner, bland annat införande av nya arbetssätt och gemensamma utbildningar. En stor del av dessa insatser pågick fortfarande under 2020.
- De riktlinjer och överenskommelser som har tagits fram av kommuner och regioner har även reviderats löpande, för att hantera de behov och utmaningar som uppmärksammas. Flera regioner och kommuner har haft personer som har ansvarat för att samordna arbetet under 2017 till 2019, men även under 2020.

Bilagan baseras på dokument från SKR, enkätstudier där regionernas samordnare och kommunens socialchefer har deltagit samt intervjuer.

## Nationellt stöd från regeringen

I det här avsnittet beskriver vi hur regeringens stimulansmedel till SKR, regioner och kommuner för införandet av lagen har fördelats och använts. Regeringen beviljade under perioden 2017 till 2019 totalt 36 miljoner som stimulansmedel. Av dessa medel fördelades 8,4 miljoner kronor till SKR och resterande 27,6 miljoner kronor till kommuner och regioner (tabell 8).

**Tabell 8.** Fördelningen av stimulansmedel från regeringen, miljoner kronor.

|                                  | 2017      | 2018      | 2019      |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Medel till SKR                   | 3         | 2,4       | 3         |
| Medel till regioner och kommuner | 9         | 9,6       | 9         |
| <b>Totalt</b>                    | <b>12</b> | <b>12</b> | <b>12</b> |

Källa: Vårdanalys 2018, SKR 2019.

## SKR har fått medel till nationellt stöd och utvecklingsarbete

SKR har genomfört ett brett utvecklingsarbete riktat till kommuner och regioner under perioden 2017 till 2019. Under 2017 och 2018 var syftet med medlen att stödja införandet av lagen, men det ändrades under 2019 till att stödja det fortsatta utvecklingsarbetet (Vårdanalys 2018, SKR 2019). Flera av de aktiviteter som påbörjades 2017 och 2018 fortsatte under 2019, exempelvis nätverksmöten och webbaserade mötesforum. För en detaljerad redovisning av genomförda och planerade aktiviteter under 2017 och 2018 hänvisar vi till vår delrapport av uppdraget (Vårdanalys 2018).

År 2019 beviljade regeringen 3 miljoner för att finansiera SKR:s nationella stöd och utvecklingsarbete. Den största delen av medlen – 1 av de 3 miljonerna – var tänkta att finansiera insatser som SKL benämner *Särskilda förutsättningar inom psykiatrin. Insamling och visualisering av data* var också ett prioriterat område. Tabell 9 visar SKR:s planerade fördelning av ansökta medel för 2019. Inom ramen för den här rapporten har vi inte följt upp den faktiska användningen av medlen eftersom dessa uppgifter inte fanns tillgängliga när vår uppföljning gjordes.

**Tabell 9.** SKR:s planerade fördelning av stimulansmedel på olika områden år 2019.

| Aktiviteter   | Tusentals kronor |
|---|------------------|
| Nätverk för regionalt ansvariga för riktlinjer och överenskommelser | 100              |
| Särskilda förutsättningar inom psykiatri                            | 1 000            |
| Framgångsfaktorer och svårigheter inom hemsjukvård                  | 500              |
| Läkarmedverkan i kommunal omsorg                                    | 100              |
| Förebygga inskrivning på sjukhus                                    | 50               |
| Spridning av nya arbetssätt   | 100              |
| Insamling och visualisering av data                                 | 700              |
| Drift av Webbkollen   | 400              |
| Uppföljning och utvärdering   | 50               |
| <b>Totalt</b>   | <b>3 000</b>     |

Källa: SKR 2019. Aktiviteterna som de beskrivs av SKR.

Här ger vi några exempel från SKR:s beskrivning av utvecklingsinsatserna under 2019:

- Utveckla stöd till nya arbetssätt tillsammans med regioner och kommuner som möjliggör en god samverkan mellan och inom huvudmännen, med fokus på teambaserade arbetsformer, former för läkarmedverkan, förebyggande arbete och vård i livets slut.
- Ge stöd till utskrivning av patienter med psykisk ohälsa, eftersom den gruppen har särskilda förutsättningar, utmaningar och behov av stöd. Insatser har till exempel handlat om rådgivning och stöd till kommuner och regioner för personer som är utan bostad eller som vårdas inom rättspsykiatri.
- Ge möjlighet för patienter att uttrycka sina upplevelser av lagen. Det har skett genom uppföljningsverktyget Webbkollen. Kommuner och regioner kan kostnadsfritt använda verktyget som stöd för telefonintervjuer med patienter. Se även kapitel 6 (SKR 2019).

### **Bred användning av regeringens stimulansmedel i kommuner och regioner**

Totalt 27,6 miljoner kronor av de medel som regeringen beviljade som stimulansmedel mellan 2017 till 2019 fördelades till kommuner och regioner. Medlen var avsedda att användas gemensamt av huvudmännen i respektive

län. Medlen ansöktes, administrerades och fördelades av SKR. År 2019 fördelades 9 miljoner kronor till kommuner och regioner.

SKR formulerade att antal mål för kommunernas och regionernas utvecklingsarbete. Ett mål handlade om att fortsätta minska antalet dagar för utskrivningsklara patienter som vårdas på sjukhus. Ett annat mål handlade om att öka patienters trygghet vid samverkan i utskrivningsprocessen. Med utgångspunkt i målen fick regionerna och kommunerna själva besluta hur medlen skulle disponeras utifrån sina egna lokala förutsättningar.

Vår enkät visar att medlen har använts inom flera områden för att stödja arbetet med lagen. Exempelvis har utbildningar genomförts om SIP, några regioner har utvecklat utskrivningsprocessen för psykiatri och rättspsykiatri. Andra har använt medlen till workshoppar, metodstöd, utveckling av digitala möten, samverkansdagar, informationsmaterial och informationsmöten.

### *Omfattande utvecklingsarbete inom kommuner och regioner*

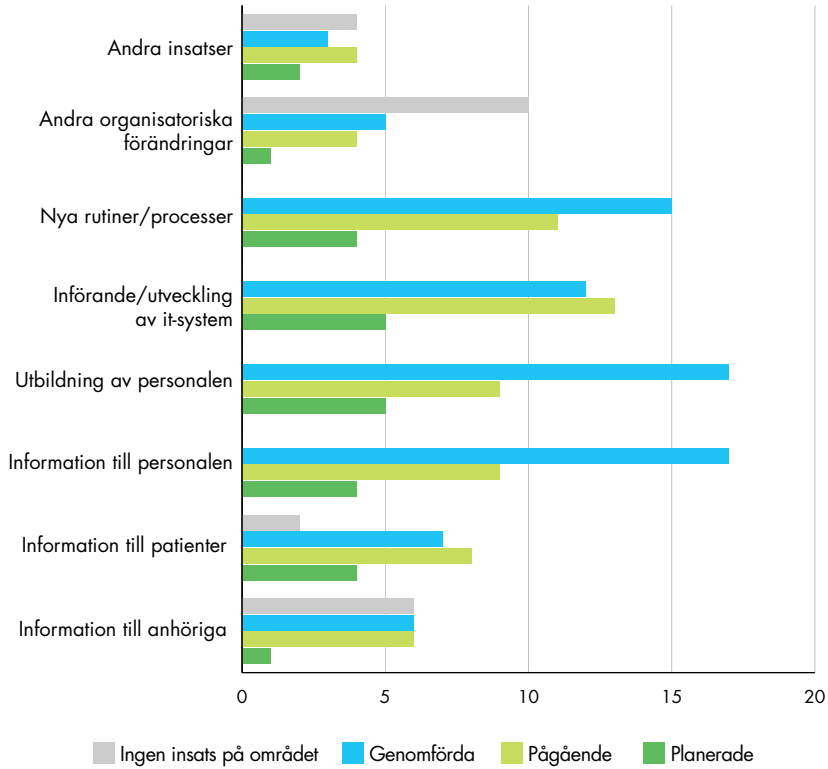
I följande avsnitt beskriver vi det regionala och lokala utvecklingsarbete som har genomförts, pågår och planeras i kommuner och region. Avsnittet baseras främst på våra enkäter till samordnare för regioner och socialchefer som gjordes hösten 2019, och till viss del på intervjuer.

I vår delrapport beskrev vi att regioner och kommuner bedrev ett brett utvecklingsarbete under 2017 och 2018 inom flera områden. Vår slutrapport visar att det breda utvecklingsarbetet inom kommuner och regioner har fortsatt under 2019. Det har skett inom fyra huvudsakliga områden:

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

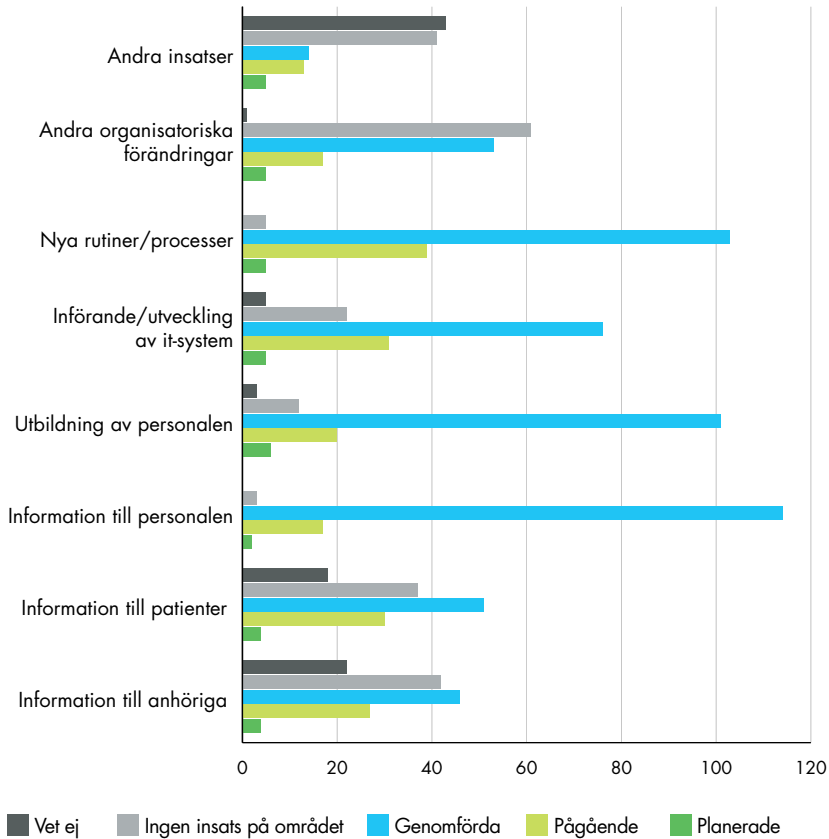
Vi har också frågat efter om insatserna är genomförda, pågående eller planerade. Samordnare för regioner och socialchefer anger att flesta insatserna är genomförda. Somliga regioner och kommuner saknar helt insatser inom vissa områden, exempelvis information till patienter och information till närstående (figur 68 och 69).

**Figur 68.** Utvecklingsarbete inom regionerna. Antal svar från samordnare för regionerna per svarsalternativ. Baseras på 17 svar. Flera svarsalternativ kunde anges.\*



\* Genomförda och pågående insatser kan ha påbörjats under tidigare år.

**Figur 69.** Utvecklingsarbete inom kommunerna. Antal svar från socialchefer per svarsalternativ. Baseras på 130 svar. Flera svarsalternativ kunde anges.\*



\* Genomförda och pågående aktiviteter insatser som redovisas i figuren kan ha påbörjats under tidigare år.

### *Många insatser i samverkan mellan regioner och kommuner*

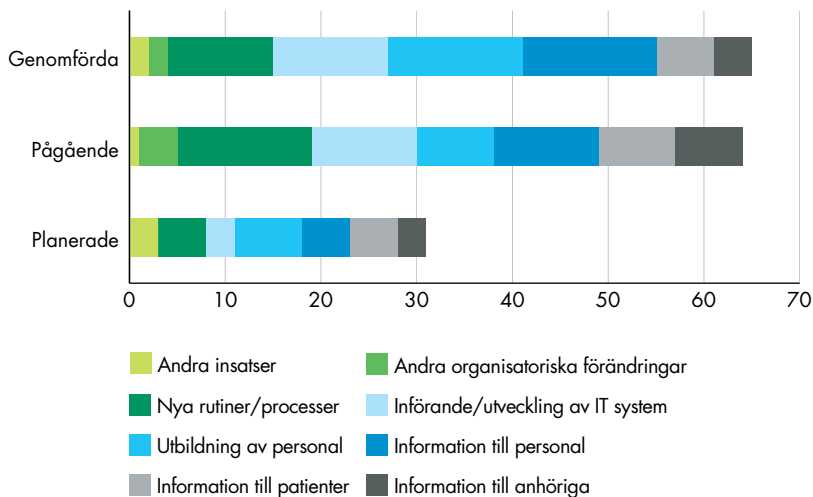
En stor del av insatserna har genomförts gemensamt av huvudmännen. Det innebär att utvecklingsarbetet sker i samverkansgrupper mellan huvudmännen på olika områden, enligt en majoritet av samordnarna för regionerna som har svarat på vår enkät.

Det gemensamma arbetet har bland annat handlat om att ta fram, anpassa och införa nya arbetssätt, processer och rutiner för att stödja personalen i regioner och kommuner i det fortsatta arbetet. Det gemensamma arbetet har även fokuserat på information till och gemensamma utbildningar av personal. Ett syfte med gemensamma utbildningar är att få en mer nyanserad förståelse för varandras organisationer. Information till både patienter och anhöriga har



även tagits fram gemensamt, liksom införande eller utveckling av it-system. Flera gemensamma utvecklingsarbeten har genomförts sedan lagen infördes, men en stor del pågår och planeras också fortfarande. Figur 70 nedan visar i vilken fas regionernas och kommunernas gemensamma utvecklingsarbete befinner sig.

**Figur 70.** Utvecklingsarbete i samverkan mellan regionerna och kommunerna samt deras fas i arbetet. Antal svar från samordnare för regionerna per svarsalternativ baseras på 18 svar. Flera svar kunde anges.



## Exempel på utvecklingsarbeten i kommuner och regioner

Vi tittar i följande avsnitt närmare på det utvecklingsarbete som har genomförts inom kommunerna och regionerna. Sammanställningen baseras på fritextsvar från enkäten.

### *Information till personalen om förändringsarbete och riktlinjer*

Samordnarna för regionerna anger att personalen bland annat har informerats om förändrade processer samt nya överenskommelser, riktlinjer och rutiner. Andra informationsinsatser har fokuserat på reviderade SIP-rutiner eller tillägg av rutiner under storhelger. Information om lagen och dess tillämpning har givits via interna och externa webbsidor. Syftet med insatserna har exempelvis varit att effektivisera arbetet, att tydliggöra det som anses oklart med lagen och riktlinjerna, samt att skapa arbetssätt som kan övergå från projektform till befintlig verksamhet.

Socialcheferna anger att informationsinsatserna bland annat har avsett nya arbetssätt och processer, vikten av samarbete samt överenskommelser och riktlinjer. Information har spridits både muntligt och skriftligt, genom exempelvis informationsmöten, arbetsplatsträffar, intranät, e-post, konferenser, workshoppar och utbildningar.

### *Utbildning av personalen om SIP och it-system*

Många utbildningar har enligt samordnarna för regionerna inriktats mot SIP och it-system. SIP-utbildningarna har bland annat fokuserat på att öka kvaliteten i SIP, öka antalet SIP i ett förebyggande syfte och träna simulering för SIP möten. Det har också handlat om att tydliggöra skillnaden mellan SIP och vårdplanering. Utbildningar om it-system har bland annat fokuserat på effektiv användning av de nya systemen och förändringar i befintliga system.

Andra exempel på utbildningar inom regionerna har rört egenvård samt utbildningar om riktlinjer och rutiner för samverkan och den nya lagen. Utbildningsinsatser har genomförts genom workshoppar, webbutbildningar, dialogmöten och nätverksmöten.

I likhet med samordnarna anger flera socialchefer att utbildningar om SIP och it-system har genomförts. Andra utbildningar har avsett hemgångsplanering och samverkan.

### *Satsning på att införa och utveckla it-system*

En central och omfattande insats i både kommuner och regioner har varit att utveckla och införa nya it-system som följer och stödjer lagens moment och som synkroniserar med andra it-system. Syftet med it-utvecklingen har varit att dela information, men också att kunna planera gemensamt mellan huvudmännen. Utvecklingen har bland annat handlat om förbättringar i användarvänlighet och anpassning efter lagens krav. I vissa kommuner har man jobbat med utveckling av digital teknik och videolänkar i vårdplaneringar och SIP-möten.

### *Nya rutiner och arbetssätt utvecklar utskrivningsprocessen*

Utvecklingsarbetet kring rutiner och arbetssätt har haft flera syften i kommunerna och regionerna. Ett har varit att skapa ett strukturerat arbetssätt genom att se över befintliga processer, ett annat att främja den interna och externa samverkan och ett tredje att effektivisera delar av utskrivningsprocessen. Insatserna har också handlat om att teckna gemensamma avtal och överenskommelser.

### *Personal har anställts och hemtagningsteam har skapats*

Exempel på organisatoriska förändringar inom regionerna är utökad bemanning. Till exempel har sjuksköterskor anställts på vårdcentraler och utskrivningssamordnare tillsatts inom psykiatri och slutenvården. Vårdplaneringssjuksköterskors och hemsjukvårdsläkares roller har också setts över. Andra insatser har handlat om att stödja införandet av God och nära vård (S 2017:1) samt att utveckla mobila team.

I flera län har så kallade utskrivningsteam, trygghemgångsteam, mottagningsteam eller hemplaneringsteam skapats. Deras uppgifter består exempelvis i att ge stöd i att utskrivningen kan ske snabbt, tryggt, säkert samt effektivt. I en kommun har det även pågått ett projekt som kallas för *Trygg Förstärkt Hemgång*, för att minska patienternas oro inför utskrivningen från sjukhus. En kommun förbereder samverkan med samtliga kommuner inom länet, för att kunna använda andras korttidsplatser mer effektivt. I en annan kommun pågår dialog om ansvar och samverkan mellan kommunen och regionfinansierad öppenvård i kommuners närområde.

### *Skriftliga och muntliga informationsinsatser till patienter och brukare*

Inom regionerna har det tagits fram informationsbroschyrer till patienter och anhöriga, exempelvis om SIP. Andra insatser har handlat om information på den externa webben och i media. Socialchefer beskriver att inom kommunerna har information förmedlats till patienter, exempelvis om lagen, om mottagningsteam och om trygg och säker hemgång. Information har både getts muntligt i samband med möten med patienter och brukare och skriftligt via informationsblad eller broschyrer. Det förekommer också att kommuner informerat brukarråd, intresseorganisationer och förtroendevalda.

## **Överenskommelser och riktlinjer en del av utvecklingsarbetet**

Att ta fram överenskommelser och riktlinjer var en central del av utvecklingsarbetet under 2017 och 2018. Överenskommelser och riktlinjer har tagits fram i de flesta län, visade vår delrapport. De har bland annat haft som syfte att reglera betalningsansvar och att konkretisera ansvarsfördelning och rutiner mellan och inom kommuner och regioner. I den här slutrapporten följer vi upp om överenskommelser och riktlinjer har reviderats.

### Vad säger lagen om riktlinjer och överenskommelser?

Kommuner ska i samråd utarbeta gemensamma riktlinjer till vårdgivare och till dem som bedriver socialtjänst (se 4 kap. 4 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LoSUS)). Enligt förarbetena till lagen kan riktlinjerna reglera informationsöverföring, tidpunkten för betalningsansvarets inträde och vilket belopp som då ska gälla. Dessa tre faktorer är därför något som det är naturligt för huvudmännen att närmare reglera i gemensamma riktlinjer, även om tidpunkt och belopp inte är ett krav (prop. 2016/17:106).

Regioner och kommuner får också träffa en överenskommelse om att kommunens betalningsansvar ska inträda vid en annan tidpunkt än de 3 dagar som anges i lagen (4 kap. 3 § och 5 § LoSUS). Det innebär att huvudmännen gemensamt kan ta beslut om tidpunkt för kommunernas betalningsansvar. Huvudmännen får också besluta om beloppets storlek. Överenskommelserna har bland annat haft som syfte att reglera betalningsansvaret.

### Överenskommelser finns i de flesta län

Enligt vår delrapport från 2018 hade samtliga län som svarat på vår enkät (19 län av 19) en överenskommelse 2018. De flesta överenskommelser ingicks i januari 2018 och resten under första kvartalet 2018. I vissa län hade arbetet med att ta fram överenskommelser påbörjats redan under 2016 och 2017. Överenskommelserna hade varierande giltighetstid.

Vår delrapport visar att överenskommelserna förutom att reglera när kommunens betalningsansvar ska inträda i praktiken också har andra syften. De ska bland annat tydliggöra parternas roller och ansvar och skapa förutsättningar för samverkan och stödja att syftet med den nya lagen uppnås, visade vår delrapport. De flesta överenskommelser innehåller också definitioner av viktiga begrepp i utskrivningsprocessen, till exempel *utskrivningsklar*, *sluten vård*, *öppen vård* och *fast vårdkontakt*.

Hälften av överenskommelserna hade angivna datum när de skulle revideras (från 2018 till 2020). (Vårdanalys 2018).

### Riktlinjer finns i samtliga län

Vår delrapport visar att samtliga 21 län hade en riktlinje 2018. Riktlinjerna syftade främst till att omsätta lagstiftning och överenskommelser till praktik. Vissa riktlinjer var mer detaljerade och omfattande än andra riktlinjer. Utformningen av SIP-processer var en central del i riktlinjerna i flera län. Syftet med dessa har varit att ge stöd i bedömning av när, hur och för vilka patienter samordnad planering ska göras på sjukhus, och vilka som kan få planering i hemmet. Patientgrupper som inte bedöms ha stora, nya eller komplexa behov ska till exempel få en SIP efter hemgång enligt flera SIP-processer (Vårdanalys 2018).

### *Revideringar har genomförts eller planeras*

Vi har följt upp om överenskommelser och riktlinjer har reviderats de senaste 12 månaderna. Av de samordnare för regionerna som besvarade enkäten anger 10 av 18 att revideringar av överenskommelser har genomförts. I 8 av 18 regioner har gemensamma riktlinjer reviderats de senaste 12 månaderna. Dessutom anger samordnare i 13 regioner att det finns behov av att revidera riktlinjer eller överenskommelser. De menar att revideringsbehov uppstår i takt med att nya behov uppmärksammas.

Revideringar av överenskommelser har bland annat handlat om att göra kompletteringar för rättspsykiatri samt barn och unga. Det har också handlat om ändrade regler för betalningsansvar, antalet fristdagar, beräkningsgrund och belopp. Revideringarna av riktlinjer har också genomförts i styr- och stöddokument som SIP-rutiner. Även riktlinjer som rör de nya it-systemen har reviderats. Vidare anger samordnare för en region att texter, rutiner och begrepp fortsatt behöver förtydligas. Detta gäller exempelvis för hur storhelger ska hanteras. Det finns även behov av att förklara och förtydliga begreppen planeringsmöte och avstämningsmöte samt utskrivningsklar och hemgångsklar.

### *Regionerna har också tagit fram och reviderat andra riktlinjer*

Av de samordnare för regionerna som besvarade enkäten anger 11 av 18 att även andra riktlinjer har tagits fram eller reviderats med anledning av lagen. Bland annat har man reviderat riktlinjer för egenvård, särskilt boende, läkemedelshantering och infört eller förtydligat i befintligt hemsjukvårdsavtal. Exempelvis har ett län beslutat om att ta fram en ny överenskommelse om hemsjukvård, vilket görs i samverkan med kommunerna.

## **Samordnare finns i många regioner och kommuner**

De allra flesta, 17 av 18, samordnare för regionerna som har svarat på vår enkät anger att en eller flera personer har ansvar för att samordna arbetet med lagen under både 2019 och 2020.

En klar majoritet av de socialchefer som har svarat på frågan (99 av 128) anger att en eller flera personer har ansvar för att samordna arbetet med lagen i kommuner under 2019. Under 2020 har 87 av 128 kommuner någon som har ansvar för att samordna arbetet med lagen.

## BILAGA 2 – VÅRT PERSPEKTIV PÅ IMPLEMENTERING OCH SAMVERKAN

### Vårt perspektiv på implementering

Implementering av en lag kan förstås på olika sätt beroende på vilket perspektiv man har. Ur ett mer traditionellt perspektiv kan implementeringen ses som en relativt enkel och rationellt driven process, där det som beslutas på högre nivåer förs ned i verksamheterna där det leder till önskvärda förändringar. Om förändringarna går trögt eller inte sker antas det ofta bero på bristande tydlighet i styrningen, eller på att personal och verksamheter gör fel tolkningar, missförstår, saknar kunskap eller helt enkelt inte vill förändra invanda rutiner och arbetssätt.

Men det finns också ett annat perspektiv som nyanserar förståelsen för vad som driver på eller hindrar implementeringen. Det är det perspektivet som vi utgår från i den här rapporten. Vi utgår från att styrning och implementering är en mer komplex process som genomförs av de människor som tolkar och tillämpar lagen i praktiken. Det innebär att det kan finnas målkonflikter men även strukturella faktorer, som tillgång till resurser och hur vården och omsorgens organiseras och styrs, som i hög grad påverkar implementeringen. Forskning visar till exempel att ju mer komplexa organisationer och ju fler aktörer som är inblandade, desto större blir i regel problemen med implementeringen. Det kan sammantaget få till följd att resultatet i verksamheten inte blir det lagstiftaren eller ledningen tänkt sig (Czarniawska 1996, Eriksson-Zetterqvist 2009, Forssell 2014, Vårdanalys 2016, Krohwinkel 2019, Sundström 2019)

### Vårt perspektiv på samverkan

En viktig utgångspunkt med lagen var att förbättra formerna för samverkan mellan de berörda huvudmännen både på lång och kort sikt (dir. 2014:27). Vi har därför studerat vad forskning säger om vad som hindrar eller främjar samverkan.

Det är ofta svårt att få till stånd samverkan, i synnerhet samverkan som ger faktiska effekter för patienter och brukare, visar forskning (Axelsson 2007, Anell 2009). Svårigheterna ökar i regel ju fler aktörer som är involverade, och ju längre aktörerna är ifrån varandra organisatoriskt. Till exempel är ofta samverkan mellan många olika enheter som tillhör olika huvudmän svårare att få till än samverkan mellan få aktörer under samma huvudman (Anell 2009, Vårdanalys 2016). Andra faktorer som kan försvåra

samverkan är hög personalomsättning och arbetsbelastning samt bristande ekonomiska resurser (Danermark 1999).

Något som forskningen visar kan skapa förutsättningar för fungerande samverkan är tydlig ansvarsfördelning och tydliga gemensamma mål. Men att enas om ansvarsfördelning och gemensamma mål är ofta mer problematiskt ju mer verksamhetsnära och detaljerade målen ska utformas (Pierre 2009). Oenighet om mål och ansvarsfördelning är därför en orsak till varför samverkan längre ner i verksamheterna blir svårare, framhåller forskning (Anell 2009). Samtidigt som tydlig ansvarsfördelning kan främja samverkan, finns också en risk för att ett alltför stort fokus på att förtydliga och avgränsa ansvaret också kan göra att samverkan brister (Vårdanalys 2014, Vårdanalys 2016)

## BILAGA 3 – ENKÄTFRÅGOR I VÅRDANALYS PILOTENKÄT OCH WEBBKOLLEN

### Enkätfrågor pilotstudien

#### *Frågor om hur det fungerade när du var inlagd på sjukhuset*

1. Var din sjukhusvistelse planerad eller akut?
2. Fick du tillräckligt med information på sjukhuset om din vård och behandling?
3. Upplevde du att din familj eller närstående fick tillräckligt med information på sjukhuset om din vård och behandling?
4. Kände du dig trygg under din vistelse på sjukhuset?
5. Upplevde du att du fick vara med och planera den vård och omsorg som du skulle få efter sjukhusvistelsen?
6. Fick du inför utskrivningen tillräckligt med information om planeringen av din fortsatta vård och omsorg?
7. Fick du inför utskrivningen tillräckligt med information om varnings-signaler att vara uppmärksam på om ditt hälsotillstånd?
8. Fick du inför utskrivningen tillräckligt med information om vad du själv behövde göra för att ta hand om din hälsa?
9. Fick du inför utskrivningen tillräckligt med information om vart du skulle vända dig om du behövde hjälp eller hade frågor efter din sjukhusvistelse?
10. Kände du dig redo att lämna sjukhuset när du skrevs ut?

#### *Frågor om hur det fungerade tiden direkt efter att du lämnade sjukhuset*

11. Kände du dig trygg med att klara din praktiska vardag direkt efter sjukhusvistelsen? (Frågan finns även i den ordinarie enkäten)
12. Kände du dig trygg med din vård och omsorg direkt efter sjukhusvistelsen? (Frågan finns även i den ordinarie enkäten)
13. Om du kände smärta direkt efter sjukhusvistelsen, hur fungerade det att få hjälp med smärtlindringen från vården eller omsorgen?
14. Om du kände oro, rädsla eller ångest direkt efter sjukhusvistelsen, hur fungerade det att få stöd från vården eller omsorgen?
15. Om du hade behov av olika sorters vård eller omsorg direkt efter din sjukhusvistelse, hur upplevde du att samordningen fungerade? (Frågan finns även i den ordinarie enkäten)



*Frågor om hur det fungerar i dagsläget*

16. Får du den hjälp du behöver av vården och omsorgen för att klara din praktiska vardag?
17. Upplever du att all personal i din vård och omsorg har den senaste informationen om din vård och ditt hälsotillstånd?
18. Upplever du att vård- och omsorgspersonalen bemöter dig med medkänsla?
19. Har du en fast vårdkontakt? (en person som du kan vända dig till för information om din vård-situation och som hjälper dig att samordna dina vård- och omsorgskontakter)
20. Har du en dokumenterad vård- och omsorgsplan för den vård och omsorg som är planerad för dig? (kallas ibland SIP, samordnad individuell plan)
21. Upplever du att du får vara med och planera din fortsatta vård och omsorg, så mycket som du själv känner att du kan och vill?
22. Upplever du att dina närstående får vara med i planeringen av din fortsatta vård och omsorg, så mycket som du vill?
23. Om du har behov av olika sorters vård eller omsorg i dagsläget, hur upplever du att samordningen fungerar?

*Frågor om dig och ditt vård- och omsorgsbehov*

24. Vad hade du för vård och omsorg före sjukhusvistelsen?
25. Vad har du för vård och omsorg i dagsläget?
26. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?
27. Hur bodde du före sjukhusvistelsen?
28. Hur bor du i dag?
29. Vad är din högsta avslutade utbildning?
30. Vad är din huvudsakliga sysselsättning?
31. Har du besvarat enkäten själv eller med stöd av närstående eller vårdpersonal?
32. Det går inte att fråga om allt i en enkät. Har du andra synpunkter eller vill utveckla dina svar?

**Enkäfrågor webbkollen**

- Hur fungerar det nu i ditt dagliga liv?
- Känner du att du fått den information du behöver för din fortsatta vård och omsorg?

- Känner du att du har varit delaktig i planeringen av din fortsatta vård och omsorg så mycket som du själv känner att du kan och vill?
- Tog personalen hänsyn till dina önskemål och hem/familjeförhållanden när din fortsatta vård och omsorg planerades?
- Har du en skriftlig plan (SIP eller annan plan)?
- Fungerar samordningen mellan dina olika vård och omsorgsgivare?
- Känner du dig trygg med din vård och omsorg?  
Är det något i samband med utskrivningen som kunde fungerat bättre?

## BILAGA 4 – SVARFREKVENSER I VÅRDANALYS PILOTENKÄT

**Tabell 10.** Åldersfördelningen bland de som svarade på enkäterna i pilotstudien.

|                   | Samordnings-<br>enkäten | Den ordinarie<br>enkäten med<br>tilläggsfrågor | Totalt       |
|-------------------|-------------------------|--|--------------|
| 54 år eller yngre | 3 %                     | 3 %  | 3 %          |
| 55–69 år          | 6 %                     | 7 %  | 7 %          |
| 70–84 år          | 48 %                    | 57 %   | 52 %         |
| 85 år eller äldre | 43 %                    | 33 %   | 38 %         |
| <b>Totalt</b>     | <b>100 %</b>            | <b>100 %</b>                                   | <b>100 %</b> |

**Tabell 11.** Könsfördelningen bland de som svarade på enkäterna i pilotstudien.

|               | Samordnings-<br>enkäten | Den ordinarie<br>enkäten med<br>tilläggsfrågor | Totalt       |
|---------------|-------------------------|--|--------------|
| Kvinna        | 63,5 %                  | 52,2 %   | 57,7 %       |
| Man           | 36,5 %                  | 47,8 %   | 42,3 %       |
| <b>Totalt</b> | <b>100 %</b>            | <b>100 %</b>                                   | <b>100 %</b> |

## BILAGA 5 – METOD FÖR ENKÄT TILL PERSONAL OCH CHEFER

Under hösten 2019 genomförde vi webbaserade enkätundersökningar riktade till personal och chefer inom regioner och kommuner. Avsikten med undersökningarna var att kartlägga regionernas, kommunernas och primärvårdens utvecklingsarbete samt lagens effekter på verksamheterna. Vi frågade också om uppfattningar om lagen och dess tillämpning och om fortsatta behov av insatser.

Vi skickade ut enkäter till samordnarna i varje region (21), MAS (291) och socialchefer (297) i landets samtliga kommuner inklusive stadsdelsförvaltningarna samt till verksamhetschefer (1041) för samtliga vårdcentraler i landet. Eftersom enkäten riktades till samtliga vårdcentraler ingick både privata och offentliga verksamheter i undersökningen.

### Samordnare

Kontaktuppgifter till de regionala samordnarna erhöles av SKR, men vi kompletterade också dessa kontaktuppgifter. Vi har valt att inkludera samordnare för regionerna i syfte att få ett brett regionalt perspektiv.

### Socialchefer

Kontaktuppgifter till socialchefer erhöles av kommunernas registratorsfunktion. Det finns oftast en eller flera socialchefer i varje kommun/stadsdelsförvaltning, som antingen ansvarar för hela verksamhetsområdet eller delar av verksamhetsområdet. Vi frågade därför efter varje socialchefs ansvarsområde. I de fall det funnits flera socialchefer per kommun har vi i den mån uppgifter funnits, valt att skicka enkäten till socialchefer som ansvarar för *vård- och omsorg* och i andra hand socialchefer som ansvarar för *äldreförvaltningen*. Om andra titlar till socialchefer angivits tillsammans med en förvaltningschef eller direktör, har vi först valt att skicka enkäten till förvaltningschefen. Om fler förvaltningschefer har angivits har vi valt att skicka enkäten till *förvaltningschefer inom socialförvaltningen eller förvaltningschefer inom vård- och omsorgsförvaltningen*.

Om förvaltningschefer som ansvarar för andra områden och direktörers kontaktuppgifter angivits, har vi skickat enkäten till ansvarig direktör. Till exempel har ett fåtal *social- eller omsorgsdirektörer* fått enkäten. Vi omnämner dessa personer som socialchefer eller socialchefer för kommuner i rapporten.

## Medicinsk ansvariga sjuksköterskor (MAS)

Kontaktuppgifter till MAS erhöles av kommunernas registratorsfunktion. I varje kommun/stadsdelsförvaltning finns det oftast en eller flera medicinsk ansvariga sjuksköterskor, som har varierande funktioner. Vissa har även rollen som MAR det vill säga de har ett ansvar för rehabilitering, medan andra enbart har rollen som MAS. Men många kommuner saknade en MAR. Vi valde därför att enbart vända oss till MAS. I flera av dessa kommuner ansvarade MAS även för MAR:s områden, det vill säga för rehabilitering. Vi benämner även dessa som MAS i rapporten.

## Verksamhetschefer för regionens primärvård

Vi har kartlagt och sammanställt kontaktuppgifter till samtliga verksamhetschefer för primärvårdsmottagningar i landet. Vår kartläggning resulterade i kontaktuppgifter till 1041 verksamhetschefer inom både offentliga och privata primärvårdsmottagningar. I ett fåtal fall har vi utgått från kontaktuppgifter till avdelningschefer, enhetschefer, klinikchef och verkställande direktörer. Vi omnämner samtliga personer som verksamhetschefer i primärvård i rapporten.

## Enkätens frågeområden

De övergripande frågeområdena i enkäten var:

- överenskommelser och riktlinjer
- utvecklingsarbete
- effekter på samverkan, kostnader och arbetsbelastning
- effekter på informationsöverföring och planering
- effekter för patienter
- lagens utformning och tillämpning.

Enkäten till de regionala samordnarna innehöll samtliga frågeområden. Enkäterna till MAS, socialchefer och primärvårdsmottagningarna utgick från enkäten till de regionala samordnarna men anpassades till varje grupp. Beroende på frågetyp fanns det möjlighet att markera ett eller flera alternativ. Det fanns även möjlighet för respondenterna att själva skriva och utveckla sina svar i fritextfrågorna. Enkäterna pilottestades och erhöles samrådsbekräftelse från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) enligt gällande bestämmelser

(SFS) 1982:668. För respektive enkät har vi sammanställt och analyserat fritextsvaren och bearbetat data för att skapa tabeller eller diagram.

### **Svarsfrekvens**

Det var inte alla personer som vi skickade enkäten till som faktiskt fick den. Det beror till exempel på felaktiga kontaktuppgifter, eller på att personen bytt tjänst.

- Av 21 samordnare fick 21 enkäten (inget bortfall).
- Av 297 socialchefer fick 286 enkäten (11 bortfall).
- Av 291 MAS fick 281 enkäten (10 bortfall)
- Av 1 041 verksamhetschefer fick 1022 enkäten (19 bortfall).

Vi kan konstatera att svarsfrekvensen är relativt hög, i synnerhet för de enkäter som riktades till samordnare och MAS. Svarsfrekvensen för de regionala samordnarna var 86 procent, MAS 76 procent, socialcheferna 47 procent och för verksamhetschefer i primärvården var svarsfrekvensen 41 procent. Av de 1 041 verksamhetschefer i primärvården vi skickade enkäten till var ungefär 59 procent offentligt drivna medan resterande 41 procent var privata. Av de verksamhetschefer som svarade på enkäten tillhörde knappt 39 procent en privat vårdcentral och drygt 61 procent en offentlig. Det innebär att andelen svarande var proportionerligt i förhållande till förekomsten av privata respektive offentliga vårdcentraler.

När vi jämförde den kommuntyp som socialcheferna representerade med förekomsten av olika kommuntyper i landet (baserat på SKR:s kommungruppsindelning) kunde vi konstatera att de kommuner som svarat var relativt väl fördelat över samtliga kommungrupper (SCB – Statistiska Centralbyrån (2017). *Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) kommungruppsindelning.*) Det vill säga både små, mellanstora och stora kommuner fanns representerade. Samtliga tre storstadsregioner har svarat på enkäten.

**Tabell 12.** Svarefrekvens för socialchefer efter kommungruppsindelning\*, antal och andelar.

| Kommungruppsindelning                   | Antal svarande kommuner | Andel (%) |
|---|-------------------------|-----------|
| Storstäder                              | 3 av 3                  | 100       |
| Pendlingskommun nära storstad           | 20 av 43                | 47        |
| Större stad                             | 12 av 21                | 57        |
| Pendlingskommun nära större stad        | 25 av 52                | 48        |
| Lågpendlingskommun nära större stad     | 13 av 35                | 37        |
| Mindre stad/tätort                      | 9 av 29                 | 31        |
| Pendlingskommun nära mindre stad/tätort | 21 av 52                | 40        |
| Landsbygdskommun                        | 21 av 40                | 53        |
| Landsbygdskommun med besöksnäring       | 7 av 15                 | 47        |
| <b>Totalt</b>                           | <b>131 av 290</b>       | <b>45</b> |

\* Sveriges kommuner och regioners (SKR:s) kommungruppsindelning, från 2017.

## BILAGA 6 – INFORMANTER

Tabell 13. Intervjupersoner

| Namn                   | Funktion/ titel                                 | Organisation  |
|------------------------|---|---|
| Norrbotten             |   |   |
| Sofi Nordmark          | Projektledare                                   | Hälsa- och sjukvårdsenheten, Region Norrbotten          |
| Kristina Myhr Eriksson | Närsjukvårdschef Luleå/<br>Boden                | Region Norrbotten                                       |
| Camilla Brännström     | Verksamhetschef<br>Primärvården Luleå           | Region Norrbotten                                       |
| Anneli Wickbom         | Arbetsterapeut                                  | Utskrivningsteamet, Sunderby sjukhus, Region Norrbotten |
| AnnSofie Nyman         | Specialistsjuksköterska<br>KAVA                 | Sunderby sjukhus, Region Norrbotten                     |
| –                      | Närpsykiatri                                    | Luleå öppen psykiatri, Region Norrbotten,               |
| –                      | Närpsykiatri                                    | Luleå öppen psykiatri, Region Norrbotten                |
| Peter Olsson           | Distriktläkare                                  | Jokkmokks hälsocentral, Region Norrbotten               |
| Britt Gasuin           | Fysioterapeut                                   | Jokkmokks hälsocentral, Region Norrbotten               |
| Siv Johansson,         | Enhetschef och<br>distriktssköterska            | Jokkmokks hälsocentral, Region Norrbotten               |
| Karin Sundström        | Samordnare,<br>utvecklingsledare<br>äldreomsorg | Norrbottens kommuner                                    |
| Karin Granbom          | MAR   | Luleå kommun  |
| Lena Perttu            | MAS   | Luleå kommun  |
| Karin Melin            | Arbetsterapeut<br>utskrivningsteamet            | Luleå kommun  |
| Eva-Lena Johansson     | Sjuksköterska/koordinator<br>utskrivningsteamet | Luleå kommun  |
| Sara Stiglund          | Biståndshandläggare                             | Socialförvaltningen, Luleå kommun                       |
| Katrine Boman          | Leg fysioterapeut                               | Utskrivningsteamet och<br>resursteamet, Luleå kommun    |
| Agneta Olsson          | Enhetschef                                      | Utskrivningsteamet, Luleå kommun                        |
| Annika Vikström        | Socialsekreterare                               | Missbruk och beroende, Luleå kommun                     |

(forts.)



| Namn                | Funktion/ titel   | Organisation                                   |
|---------------------|---|--|
| Maria Sundqvist     | Biståndshandläggare                                     | Myndighet yngre, socialpsykiatri, Luleå kommun |
| Gabriella Sjöström  | Socialchef  | Luleå kommun                                   |
| Elina Johansson     | Biståndshandläggare                                     | Jokkmokks kommun                               |
| Barbro Mattson      | Arbets terapeut   | Jokkmokks kommun                               |
| Ida Åstot           | Verksamhetschef, vård- och omsorgsboenden               | Jokkmokks kommun                               |
| Karin Hult          | Verksamhetschef, hälso- och sjukvård                    | Jokkmokks kommun                               |
| Birgitta Berg       | Sjuksköterska/<br>distriktssköterska                    | Jokkmokks kommun                               |
| Eva Sandstig        | Distriktssköterska<br>hemsjukvården                     | Jokkmokks kommun                               |
| Britt-Marie Mattson | Distriktssköterska<br>hemsjukvården                     | Jokkmokks kommun                               |
| <b>Sörmland</b>     |   |  |
| Åsa Andersson       | Sjukhuskoordinator                                      | Mälarsjukhuset, Region Sörmland                |
| Cathrine Thunblad   | Samordningssköterska                                    | Vårdcentral Smeden, Region Sörmland            |
| Ulla Mitt-Holm      | Verksamhetschef   | Skiftinge Vårdcentral, Region Sörmland         |
| Pia Kjaersgaard     | Samordningssköterska                                    | Skiftinge Vårdcentral, Region Sörmland         |
| Anja Lahti          | Närvårdskoordinator                                     | Region Sörmland                                |
| Marie Håkansson     | Närvårdskoordinator,<br>Hälso- & sjukvårdsledningen     | Nyköpings lasarett, Region Sörmland            |
| Agnieszka Gotowiec  | Sjukhuskoordinator                                      | Nyköpings lasarett, Region Sörmland            |
| Jessica Neselius    | Samordningssjuksköterska                                | Trosa vårdcentral, Region Sörmland             |
| Linn Jonsson        | Kurator Psykosenheten<br>Psykiatriska kliniken          | Nyköpings lasarett, Region Sörmland            |
| Susanne Israelsson  | Skötare Psykosenheten<br>Psykiatriska kliniken          | Nyköpings lasarett, Region Sörmland            |
| Ulf Grunnér         | Skötare Psykiatriska<br>öppenvårdsteam                  | Nyköpings lasarett, Region Sörmland            |
| Ulrika Tsoma        | Sjuksköterska<br>Psykosenheten Psykiatriska<br>kliniken | Nyköpings lasarett, Region Sörmland            |

(forts.)

| Namn                   | Funktion/ titel                                       | Organisation  |
|------------------------|---|---|
| Malin Hernodh          | Koordinator   | Eskilstuna kommun                                       |
| Lotta Gellrich         | Fysioterapeut   | Eskilstuna kommun                                       |
| Marie Ingerlund        | Distriktsköterska<br>hemsjukvård                      | Eskilstuna kommun                                       |
| Caroline Gärd          | Arbetssterapeut                                       | Eskilstuna kommun                                       |
| Anna Carin Andersson   | Biståndshandläggare                                   | Eskilstuna kommun                                       |
| Karin Björkryd         | Områdeschef   | Eskilstuna kommun                                       |
| Fridha Söderqvist      | Chef hemtjänst  | Eskilstuna kommun                                       |
| Fredrik Yllman         | Vård- och omsorgschef                                 | Trosa kommun  |
| Sofia Lind             | Sjuksköterska<br>Hemsjukvården                        | Trosa kommun  |
| Helena Gustavsson      | Fysioterapeut Hälso- och<br>sjukvårdsenheten          | Trosa kommun  |
| Christoph Törnfeldt    | Enhetschef Hälso- och<br>sjukvårdsenheten             | Trosa kommun  |
| Charlotte Karlsson     | MAS   | Trosa kommun  |
| Cecilia Portnoff Thell | Sjuksköterska   | Trosa kommun  |
| <b>Västra Götaland</b> |   |   |
| Lena Arvidsson         | Processledare för<br>vårdsamverkan Lerum,<br>Alingsås | Västra Götaland Region                                  |
| Tobias Nilsson         | Chefsstrateg, Koncernstab<br>Hälso- och sjukvård      | Västra Götaland Region                                  |
| Anna-Clara Collén      | Läkare, sektionschef                                  | Sahlgrenska, Västra Götaland<br>Region                  |
| Kerstin Klasson        | Fysioterapeut,<br>huvudhandledare                     | Sahlgrenska, Mölndal, Västra<br>Götaland Region         |
| Lena Zidén             | Fysioterapeut, fil dr                                 | Sahlgrenska, Mölndal, Västra<br>Götaland Region         |
| Kjell Klint            | Sjuksköterska, samordnare                             | Sahlgrenska, Östra sjukhuset,<br>Västra Götaland Region |
| Eva Danieli            | Sjuksköterska /<br>vårdplaneringssköterska            | Sahlgrenska, Östra sjukhuset,<br>Västra Götaland Region |
| Eva-Karin Elkjaer      | Sjuksköterska/<br>vårdplaneringssköterska             | Sahlgrenska, Östra sjukhuset,<br>Västra Götaland Region |
| Jessica Bergerheim     | Vårdcentralschef                                      | Frölunda VC, Västra Götaland<br>Region                  |

(forts.)

| Namn                 | Funktion/ titel                             | Organisation   |
|----------------------|---|--|
| Jennie Zetréus       | Distriktssjuksköterska                      | Frölunda VC, Västra Götaland Region                          |
| Eva Kärrbrand        | Kurator, socionom<br>systemsamordnare SAMSA | Sahlgrenska Universitetssjukhuset,<br>Västra Götaland Region |
| Hedvig Falk          | Vårdenhetschef BUP<br>slutenvård            | Sahlgrenska, Östra sjukhuset,<br>Västra Götaland Region      |
| Jessica Svahn        | Vårdenhetsöverläkare,<br>BUP slutenvård     | Sahlgrenska, Östra sjukhuset,<br>Västra Götaland Region      |
| Björn Gunnarsson     | Delprocessledare i<br>Göteborg.             | Göteborg kommunledning                                       |
| Johanna Bagleborn    | Områdeschef myndighet                       | Askim-Frölunda stadsdel                                      |
| Dzemila Puric Bjelak | Enhetschef äldreomsorg                      | Askim-Frölunda stadsdel                                      |
| Jenny Emmoth         | Samordnande,<br>biståndshandläggare         | Askim-Frölunda stadsdel                                      |
| Ingegerd Hägnesten   | Metodhandledare,<br>äldreomsorg             | Askim-Frölunda stadsdel                                      |
| Belinda Rosengren    | Enhetschef, rehabilitering                  | Askim-Frölunda stadsdel                                      |
| Rhode Runegrund      | Enhetschef, hemsjukvård                     | Askim-Frölunda stadsdel                                      |
| Maria Hjärpe         | Specialistsköterska                         | Askim-Frölunda stadsdel                                      |
| Linnéa Källberg      | Fysioterapeut                               | Askim-Frölunda stadsdel                                      |
| Monica Svensson      | Arbetssterapeut                             | Askim-Frölunda stadsdel                                      |
| Petra Modin          | Enhetschef hemtjänst                        | Askim-Frölunda stadsdel                                      |
| Mina Pour            | Undersköterska hemtjänst                    | Askim-Frölunda stadsdel                                      |
|                      | Undersköterska hemtjänst                    | Askim-Frölunda stadsdel                                      |

**Tabell 14.** Intervjupersoner rättspsykiatri

| <b>Funktion/ titel</b>   | <b>Organisation</b>                  |
|--|--------------------------------------|
| Sektionschef myndighetsövning socialpsykiatri, socionom                | Helsingborg stad                     |
| Enhetschef psykiatrihandläggare  | Jönköpings stad                      |
| Skötare  | Jönköpings stad                      |
| Socionom   | Jönköpings stad                      |
| Enhetschef gruppboende   | Jönköpings stad                      |
| Boendesamordnare (BG),   | Jönköpings stad                      |
| Somatik- och psykiatrijuksköterska                                     | Jönköpings stad                      |
| Biståndshandläggare, enhet för vuxna, socionom                         | Stockholms stad                      |
| Enhetschef, förvaltningen för funktionsstöd/<br>Socialpsykiatri        | Region Örebro län                    |
| Enhetschef över myndighetsutövning (LSS, Sol)<br>alla åldrar, socionom | Region Skåne                         |
| Enhetschef myndighetsutövning vuxna, LSS, Sol,<br>missbruk, socionom   | Stockholms stad                      |
| Enhetschef biståndsenheten funktionsnedsättning<br>Sol, socionom       | Västerås stad                        |
| Specialisthandläggare inom rättspsykiatri, RPK,<br>sjuksköterska       | Region Västernorrland                |
| Verksamhetsutvecklare, socionom  | Västra Götalandsregionen             |
| Sveriges kommuner och landsting (SKL),<br>sakkunnig                    | Sveriges kommuner och regioner (SKR) |
| Processledare temagrupp psykiatri, socionom                            | Göteborgs stad                       |
| Enhetschef behandlingsteamet,<br>verksamhetsutvecklare, socionom       | Region Dalarna                       |
| Verksamhetschef  | Region Östergötland?                 |
| Kurator och samordnare- sköter utslussning,<br>socionom                | Region Stockholm                     |
| Gruppledare Socialpsykiatri, socionom                                  | Nacka Kommun                         |
| Verksamhetsutvecklare, kurator   | Region Skåne                         |
| Kurator, socionom  | Region Östergötland                  |
| Ledare för PSL-team, psykiskt störda<br>lagöverträdare, sjuksköterska  | Västra Götalandsregionen             |
| Kurator, Rättspsykiatriska enheten, socionom                           | Västra Götalandsregionen             |
| Kuratorer, socionomer och beteendevetare                               | Region Sörmland                      |

(forts.)

| <b>Funktion/ titel</b>   | <b>Organisation</b>           |
|--|-------------------------------|
| Samordnaroll, Regionkliniken, socionom                                     | Region Kronoberg              |
| Äldre och funktionsnedsatta, socionom                                      | Linköpings stad               |
| Chef socialpsykiatri, socialpsykologi                                      | Uppsala stad                  |
| Utvecklingsledare Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa                    | NSPH                          |
| Enhetschef vård och omsorg, kandidatexamen i psykologi                     | Norrköpings kommun            |
| Verksamhetschef Psykiatriska kliniken                                      | Region Östergötland           |
| Verksamhetschef  | Region Sörmland               |
| Registerhållare Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister (RättspsyK) | RättspsyK                     |
| Ordförande för Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)            | RSMH                          |
| Enhetschef för Centrummottagning, specialistsjuksköterska psykiatri        | Region Stockholm              |
| Kurator vid psykosvård, socionom   | Stadsdelar Göteborg           |
| Samordnare rättspsykiatri, sjuksköterska                                   | Region Norrbotten             |
| Rådman   | Förvaltningsrätten i Göteborg |





## Laga efter läge

### Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har på regeringens uppdrag följt upp genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Våra analyser visar att lagen har lett till att patienter skrivs ut snabbare från slutenvården. Däremot vet vi lite om lagens effekter för patienter och brukare. Ett omfattande utvecklingsarbete har bedrivits inom regioner och kommuner för att stödja införandet av lagen, men utmaningar kring utskrivningsprocessen kvarstår. Vi ser behov av ett fortsatt utvecklingsarbete och ytterligare uppföljningar från ett patient-, brukar- och närståendeperspektiv.

---

**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.

