

Lagrådsremiss

Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Regeringen överlämnar denna remiss till Lagrådet.

Stockholm den 20 december 2016

Annika Strandhäll

Lars Hedengran
(Socialdepartementet)

Lagrådsremissens huvudsakliga innehåll

I lagrådsremissen föreslås att en ny lag, lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, införs. Samtidigt upphävs lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Syftet med den nya lagen är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården.

Det tydliggörs att verksamheter inom socialtjänst och öppen hälso- och sjukvård tidigt måste börja planera inför patientens utskrivning från sluten vård och att den slutna vården därför i vissa fall ska underrätta berörda enheter om inskrivningen inom 24 timmar från det att patienten skrivits in i sluten vård. Lagen innehåller även bestämmelser om samverkan mellan landsting och kommun. Huvudmännen ska i samråd utarbeta gemensamma riktlinjer om samverkan enligt den nya lagen och förväntas ingå överenskommelser med varandra om tidpunkt för kommunens betalningsansvar samt vilka belopp som ska betalas.

Lagen innehåller också bestämmelser om vad som ska gälla för kommuners betalningsansvar i vissa fall för patienter som vårdas inom den slutna vården efter det att de bedömts vara utskrivningsklara och när överenskommelse mellan landsting och kommun inte har kommit till stånd.

Lagförslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2018. Den upphävda lagen ska dock fortsätta att gälla fram till och med den 31 december 2018 för patienter som vårdas i slutna psykiatrisk vård.

Innehållsförteckning

1	Beslut	4	2
	Lagtext	5	
2.1	Förslag till lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård	5	
2.2	Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	10	
2.3	Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)	11	
2.4	Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)	13	
2.5	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:000)		
14	3 Ärendet och dess beredning		
		15	
4	Betalningsansvarslagen	15	
4.1	Behov av en översyn	16	5
	En ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård		
17	5.1 Betalningsansvarslagen upphävs	17	
5.2	Lagens innehåll och tillämpningsområde	19	
5.2.1	Lagens innehåll och tillämpning	19	
5.2.2	Inga patientgrupper bör undantas från den nya lagens tillämpningsområde	24	
5.3	Lagens syfte	27	
5.4	Uttryck i lagen	29	
5.5	Inskrivningsmeddelandet initierar planeringen inför		

	patientens utskrivning	31
	31 5.5.1 Inskrivningsmeddelandet	31
	5.5.2 När inskrivningsmeddelandet ska skickas	35
	5.5.3 Uppgifterna i inskrivningsmeddelandet	36
	5.5.4 Personuppgifter, sekretess och sammanhållen journal	39
5.6	Fast vårdkontakt	46
5.7	Planering av insatser inför patientens utskrivning	50
5.8	Underrättelse om att en patient är utskrivningsklar	54
5.9	Informationsöverföring vid utskrivning	60
5.10	Information till patienten i samband med utskrivning	66
5.11	Samordnad individuell planering av insatser efter utskrivning	70
	5.11.1 Samordnad individuell planering	70
	5.11.2 Kallelse till samordnad individuell planering	75
	5.11.3 När ska planeringen ske?	76
	5.12 Kommunernas betalningsansvar	80
	5.12.1 Patienter som omfattas av betalningsansvaret	80
	5.12.2 Förutsättningar för en kommuns betalningsansvar	82
5.13	Gemensamma riktlinjer och överenskommelser om samverkan	87
5.14	Lagen ska reglera vad som ska gälla om huvudmännen inte har kommit överens om annat	90
	5.14.1 Antalet fristdagar blir färre	90
	5.14.2 Kommunen ska betala ett belopp motsvarande genomsnittskostnad för ett vårddygn	96
	5.14.3 Beloppet ska räknas upp årligen med hänsyn till prisutvecklingen på vårddygn i riket 98	
5.15	Ytterligare bemyndiganden	99
5.16	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser	100
5.17	Konsekvenser av förslagen	102
6	Författningskommentar	109
	6.1 Förslaget till lag (2017:000) om samverkan vid utskrivning från slutenvård	109
	6.2 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	123
	6.3 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och	

	sekretesslagen (2009:400)	124
6.4	Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821)	125
6.5	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:000)	126
Bilaga 1	Sammanfattning av Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård SOU 2015:20	127 Bilaga
2	Författningsförslag i Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård SOU 2015:20	135
Bilaga 3	Förteckning över remissinstanser som beretts tillfälle att yttra sig över Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård SOU 2015:20	144

1 Beslut

Regeringen har beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård,
2. lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453),
3. lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400),
4. lag om ändring i patientlagen (2014:821), 5. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:000).

2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

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

Härigenom föreskrivs följande.

1 kap. Inledande bestämmelser

Lagens innehåll och tillämpningsområde

1 § I denna lag finns bestämmelser om

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

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

Lagens syfte

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

Uttryck i lagen

3 § I denna lag avses med

1. *hälso- och sjukvård*: åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter,
2. *socialtjänst*: insatser för en enskild enligt författningarna om socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade samt insatser enligt de särskilda författningarna om vård utan samtycke av unga eller av missbrukare,

3. *sluten vård*: hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning,
4. *öppen vård*: annan hälso- och sjukvård än sluten vård, och
5. *utskrivningsklar*: 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.

2 kap. Inskrivningsmeddelande och planering

Inskrivningsmeddelande

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

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

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

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

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

Fast vårdkontakt i den öppna vården

5 § När en enhet i den landstingsfinansierade öppna vården har tagit emot ett inskrivningsmeddelande i fråga om en patient, ska verksamhetschefen vid den enheten utse en fast vårdkontakt för patienten. Verksamhetschefen ska utse den fasta vårdkontakten innan patienten skrivs ut från den slutna vården.

Om patienten redan har en fast vårdkontakt vid enheten, får denne fortsätta att vara patientens fasta vårdkontakt.

Planering inför patientens utskrivning

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

3 kap. Åtgärder vid utskrivning

Underrättelse om att en patient är utskrivningsklar

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

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

Informationsöverföring vid utskrivning

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

Information till patienten

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

4 kap. Samverkan mellan landsting och kommun

Samordnad individuell planering

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

För patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård, ska planeringen i stället genomföras enligt bestämmelserna om en samordnad vårdplan i 7 a §

lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 12 a § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

2 § Vid den samordnade individuella planeringen ska enheterna upprätta en individuell plan i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena hälso- och sjukvårdslagen (2017:000)¹ och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen (2001:453). Planen får upprättas om patienten samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

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

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

Riktlinjer och överenskommelser

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

5 § Landsting och kommun får träffa en överenskommelse om att kommunens betalningsansvar ska inträda vid en annan tidpunkt än den som anges i 5 kap. 4 § eller med ett annat belopp än det som bestäms enligt 5 kap. 7 §.

5 kap. Kommunens betalningsansvar

1 § En kommun betalar i enlighet med 2–7 §§ ersättning till ett landsting för en patient som vårdas inom den slutna vården efter det att den behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar.

2 § En kommuns betalningsansvar omfattar patienter som är folkbokförda i kommunen.

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

3 § Kommunens betalningsansvar inträder

1. om den slutna vården har underrättat kommunen om att patienten har skrivits in i enlighet med 2 kap. 1–3 §§, och

¹ Se proposition 2016/17:43 om en ny hälso- och sjukvårdslag.

2. den slutna vården har underrättat berörda enheter i kommunen om att patienten är utskrivningsklar.

En underrättelse i enlighet med 7 a § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård ska motsvara en underrättelse enligt första stycket 2.

4 § Om det inte finns någon överenskommelse om tidpunkten enligt 4 kap. 5 §, ska kommunens betalningsansvar enligt 3 § inträda tre dagar efter det att en underrättelse enligt 3 § 2 har skickats. Om en sådan underrättelse skickas efter klockan 12.00, ska kommunens betalningsansvar emellertid inträda fyra dagar efter det att underrättelsen har skickats.

5 § I de fall en samordnad individuell planering ska genomföras enligt 4 kap. 1 och 2 §§ inträder kommunens betalningsansvar enligt 3 § under förutsättning att den fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppna vården har kallat till samordnad individuell planering i enlighet med 4 kap. 3 §.

6 § Kommunens betalningsansvar enligt 3 § ska inte inträda om patienten inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att sådana insatser som den landstingsfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga, eller det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga.

7 § Om det inte finns någon överenskommelse om belopp enligt 4 kap. 5 §, ska kommunen lämna ersättning för vård av utskrivningsklara patienter med det belopp som motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vårddygn i den slutna vården. Detta belopp ska räknas om årligen med hänsyn till utvecklingen av kostnader för vårdplatser i den slutna vården.

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

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.
2. Lagen tillämpas dock inte fram till och med den 31 december 2018 för patienter som vårdas i sluten psykiatrisk vård.
3. Genom lagen upphävs lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.
4. Den upphävda lagen ska dock fortsätta att tillämpas fram till och med den 31 december 2018 för patienter som vårdas i sluten psykiatrisk vård.

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

Härigenom föreskrivs att 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt proposition Föreslagen lydelse
2016/17:43

8 kap. **5 §¹**

Den enskildes avgifter får

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. för hemtjänst och dagverksamhet, tillsammans med avgifter som avses i 17 kap. 8 § första stycket 1–3 hälso- och sjukvårdslagen (2017:000), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,5392 prisbasbelopp, | 1. för hemtjänst och dagverksamhet, tillsammans med avgifter som avses i 17 kap. 8 § första stycket 1 och 2 hälso- och sjukvårdslagen (2017:000), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,5392 prisbasbelopp, |
| 2. för bostad i särskilt boende per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,5539 prisbasbelopp. | |

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

¹ Senaste lydelse 2015:967.

2.3 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Härigenom föreskrivs att 25 kap. 11 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

25 kap.

11 §¹

Sekretessen enligt 1 § hindrar inte att uppgift lämnas

1. från en myndighet som bedriver verksamhet som avses i 1 § i en kommun till en annan sådan myndighet i samma kommun,
2. från en myndighet som bedriver verksamhet som avses i 1 § i ett landsting till en annan sådan myndighet i samma landsting,
3. till en myndighet som bedriver verksamhet som avses i 1 § eller till en enskild vårdgivare enligt vad som föreskrivs om sammanhållen journalföring i patientdatalagen (2008:355),
4. till ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister enligt patientdatalagen,
5. från en myndighet som bedriver verksamhet som avses i 1 § inom en kommun eller ett landsting till annan sådan myndighet för forskning eller framställning av statistik eller för administration på verksamhetsområdet, om det inte kan antas att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men om uppgiften röjs, eller
6. till en enskild enligt vad som föreskrivs i
 - lagen (1988:1473) om undersökning beträffande vissa smittsamma sjukdomar i brottmål,
 - lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård,
 - smittskyddslagen (2004:168),
 - 6 och 7 kap. lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., – lagen (2006:496) om blodsäkerhet,
 - lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler, *eller*
 - lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler,

¹ Senaste lydelse 2014:357.

– lagen (2012:263) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga organ eller förordning som har meddelats med stöd av den lagen.

– lagen (2012:263) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga organ eller förordning som har meddelats med stöd av den lagen, *eller*

– 2 kap. lagen (2017:000) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

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

Härigenom föreskrivs att det i patientlagen (2014:821) ska införas en ny paragraf, 3 kap. 2 b §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

2 b §

En patient som skrivs ut från sluten vård ska få sammanfattande information om den vård och behandling som getts under vårdtiden, om avsikten är att patienten ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller den landstingsfinansierade öppna vården. Om information finns tillgänglig, ska patienten även få uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt, tidpunkt för när samordnad individuell planering avses genomföras och uppgifter om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

2.5 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:000)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:000) dels att 17 kap. 4 § ska upphöra att gälla, dels att 17 kap. 8 § ska ha följande lydelse.

*Lydelse enligt proposition Föreslagen lydelse
2016/17:43*

17 kap.

8 §

För den enskilde får avgifter för följande poster tillsammans per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,5392 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken:

1. vård enligt 12 kap. 1 eller 2 § eller 14 kap. 1 §,
2. förbrukningsartiklar enligt 12 kap. 6 §, 2. förbrukningsartiklar enligt 12 kap. 6 §, och
3. långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, och

4. hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453).
3. hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453).

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

Vid beräkning av avgiftsunderlag och förbehållsbelopp enligt andra stycket ska 8 kap. 3, 4, 7 och 8 §§ socialtjänstlagen tillämpas.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

3 Ärendet och dess beredning

Regeringen bemyndigade den 27 februari 2014 ansvarigt statsråd att ge en särskild utredare i uppdrag att göra en översyn av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (dir.

2014:27). Utredningen om betalningsansvarslagen (S 2014:05) överlämnade i mars 2015 betänkandet Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård (SOU 2015:20) till regeringen. Betänkandet innehåller bl.a. förslag till en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som syftar till att patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna den slutna vården på ett tryggt sätt. En sammanfattning av utredningens betänkande finns i *bilaga 1*. Utredningens lagförslag finns i *bilaga 2*.

Betänkandet har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2015/1650/FS).

Regeringen gör i lagrådsremissen – till skillnad från den bedömning som gjordes i betänkandet – bedömningen att den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård även ska omfatta utskrivning av patienter som vårdas enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Förslaget i denna del har beretts med Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

4 Betalningsansvarslagen

Som en del av Ädelreformen trädde lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, nedan kallad betalningsansvarslagen, i kraft den 1 januari 1992. Lagen innebar vid den tiden att kommunerna fick betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård och för medicinskt färdigbehandlade personer vid landstingens akutsjukvård och geriatriska vård. År 1995 kom medicinskt färdigbehandlade patienter som vårdats sammanhängande mer än tre månader i slutna psykiatrisk vård att omfattas av lagen och sedan 2003 har lagen i allt väsentligt samma lydelse som i dag.

Förutom somatisk långtidssjukvård som bedrivs av ett landsting eller en enskild vårdgivare omfattar kommunens betalningsansvar enligt lagen patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård eller psykiatrisk vård inom landstingets slutna hälso- och sjukvård som är utskrivningsklara och för vilka en vårdplan är upprättad. Med utskrivningsklar avses en patient som av behandlande läkare inte längre bedöms behöva vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård.

När en patient skrivs in i landstingets slutna hälso- och sjukvård, eller så snart som möjligt därefter, ska en bedömning av patientens möjliga framtida behov göras. Bedömningen gäller om en patient efter att ha skrivits ut kan komma att behöva kommunens socialtjänst, hälso- och sjukvård, landstingets primärvård, öppen psykiatrisk vård eller någon

annan öppen vård. Om detta bedöms troligt ska den behandlande läkaren vid enheten där patienten vistas genom ett inskrivningsmeddelande underrätta de berörda enheterna i den öppna vården eller omsorgen. Sjukhusets lokala rutiner behöver beskriva hur detta praktiskt ska gå till och om uppgiften kan utföras av någon annan än läkaren som har det formella ansvaret. Det ska även framgå vilka som är ansvariga för att ta emot inskrivningsmeddelanden. Syftet med inskrivningsmeddelandet är att tidigt signalera till de berörda enheterna att det kan bli aktuellt med en gemensam planering. Genom inskrivningsmeddelandet får patientens namn, personnummer och adress skickas till berörda enheter utan hinder av sekretess.

Vårdplan

Enligt betalningsansvarslagen ska en vårdplan upprättas för en patient som, efter att ha skrivits ut från en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård av den behandlande läkaren, bedöms behöva kommunens socialtjänst, hälso- och sjukvård, landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård. Vårdplaneringen ska påbörjas senast dagen efter det att kallelsen tagits emot.

Senast dagen före planerad utskrivning ska ett utskrivningsmeddelande skickas till de enheter som är berörda enligt vårdplanen.

Kommunens betalningsansvar

Kommunen är betalningsskyldig för utskrivningsklara patienter som har en upprättad vårdplan. Betalningsansvaret kan tidigast inträda fem vardagar efter det att kommunen tagit emot kallelsen till vårdplaneringen, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade. För patienter i psykiatrisk slutna vård kan betalningsansvaret tidigast inträda trettio vardagar efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade. Huvudmännen kan avtala om tidpunkten för inträdet av kommunernas betalningsansvar och de belopp som i sådant fall ska betalas av kommunen.

Om inte annat överenskommit mellan huvudmännen lämnas ersättning för vård av utskrivningsklara patienter med belopp som motsvarar den omvårdnad som patienten får på enheten. Beloppen ska motsvara genomsnittet i riket och räknas om årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i riket. I förordningen (1991:1278) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård meddelar regeringen årligen vilka belopp som ska gälla bl.a. på nationell nivå.

4.1 Behov av en översyn

Det är angeläget att minimera vårdtiderna på sjukhus, bl.a. med hänsyn till patientens möjligheter att få en god och sammanhållen vård,

rehabilitering och omsorg. Sjukhusmiljön är inte den mest gynnsamma när det gäller allmänt välbefinnande och tillfrisknande när den diagnostik och behandling som kräver sjukhusets resurser är avslutad. Sluten sjukhusvård är dessutom den vårdform som innebär störst risker ur ett patientsäkerhetsperspektiv, detta gäller t.ex. infektioner. Att minska vårdtiderna handlar även om effektivt resursutnyttjande eftersom slutenvård på sjukhus är den mest kostnadskrävande vårdformen. Det finns i dag ett stort behov av att frigöra resurser hos de vårdinrättningar slutenvård bedrivs, särskilt i form av vårdplatser. Det är således angeläget att skapa förutsättningar för att patienter som vårdas vis sådana inrättningar och som inte längre behöver sjukhusvård men som behöver vidare insatser från socialtjänsten eller hälso- och sjukvården, så snabbt som möjligt kan få fortsatt vård och omsorg i det egna hemmet eller inom olika former av särskilda boenden. Detta ställer i sin tur krav på ett väl utvecklat och fungerande samarbete mellan kommuner och landsting.

Mot bl.a. den bakgrunden beslutade regeringen i februari 2014 om en översyn av betalningsansvarslagen. Syftet med översynen var att åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan slutenvård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och att onödig vistelse på sjukhus så långt möjligt kan undvikas för utskrivningsklara patienter. En utgångspunkt för översynen skulle även vara att precisera formerna för samverkan mellan huvudmännen.

5 En ny lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård

5.1 Betalningsansvarslagen upphävs

Regeringens förslag: Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård upphävs och ersätts av en ny lag – lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker förslaget. *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)* bedömer att förslagen troligen inte kommer att leda till några större förbättringar för patienten jämfört med dagens reglering. *Sveriges Pensionärers Riksförbund, SPRF* kräver att förslaget om ny lagstiftning införs så att därmed en förändrad och förbättrad planeringsprocess erhålls. *SPF Seniorerna* befarar att den nya lagen inte kan lösa de problem, med informationsöverföring och betalningsansvar, som finns med dagens lagstiftning annat än marginellt. *Riksförbundet för social och mental hälsa – RSMH* delar inte

utredningens optimism när det gäller de möjliga effekterna av en ny lag med det innehåll som föreslås. Den nya lagen innehåller inget revolutionerande som kommer att säkerställa att kvaliteten och tillgången till vård och service förbättras. *Demensförbundet* anser att förslaget till ny lagstiftning måste införas för att erhålla en förändrad och förbättrad planeringsprocess. *Ljusdals kommun* påpekar att det stora problemet inte är ett dåligt regelverk utan att det inte följs. Kommunen ifrågasätter om förslaget om att på olika sätt stärka samverkan mellan kommuner och landsting kommer att ge önskvärd effekt. *Huddinge kommun* saknar en tydlig koppling mellan betänkandets problembeskrivning och det lagförslag som presenterats. Kommunen ser gärna ett reviderat lagförslag med tvingande incitament för landstinget att samverka med kommunen samt med en tydligare utgångspunkt i den enskildes förutsättningar och behov. Vidare anser kommunen att det föreligger en stor risk att den redan i dag otydliga gränsen mellan landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård blir ännu otydligare. Om lagförslaget går igenom förskjuts delar av hälso- och sjukvårdsansvaret från landstingets slutenvård ut till kommunerna och primärvården.

Skälen för regeringens förslag: Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, nedan kallad betalningsansvarslagen, har efter drygt tjugo år kommit att bli omodern. En hel del förändringar har skett när det gäller ansvarsgränser och omhändertagande av de personer som är lagens målgrupp. Som exempel kan nämnas den medicintekniska utvecklingen som medför att en allt större del av sjukvårdsverksamheterna kunnat föras över till öppen vård och att ansvaret för hemsjukvård i en majoritet av landstingen har förts över till kommunerna vilket innebär att kommunernas vård och omsorg sammantaget har fått allt viktigare och mer komplicerade uppgifter för allt fler personer med omfattande behov av stöd.

Förslaget till en ny lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård innehåller flera nya bestämmelser och har andra utgångspunkter än betalningsansvarslagen. Regeringen gör därför bedömningen att det är lämpligare att föreslå en ny lag än att inordna de nya bestämmelserna i befintlig lagstiftning.

Flera remissinstanser, däribland *IVO*, *Riksförbundet för social och mental hälsa – RSMH* och *Ljusdals kommun* ifrågasätter om den nya lagen kan leda till bättre processer vid utskrivning och ge önskad effekt. *Ljusdals kommun* påpekar också att det stora problemet inte är ett dåligt regelverk utan att det inte följs. Regeringen menar att den föreslagna lagen innebär en utmaning för landsting och kommuner. God samverkan mellan huvudmännen är en förutsättning för att den nya lagen ska ge önskad effekt. Till skillnad från betalningsansvarslagen tydliggör lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård att huvudmännen som huvudregel ska överenskomma om centrala frågor kring utskrivningsprocessen. Först om detta inte har varit möjligt träder

vissa bestämmelser om fristdagar och ersättningsbelopp in. Den nya lagens potentiella effekt ligger således i huvudmännens egna händer.

Huddinge kommun anser att det föreligger en stor risk att den redan i dag otydliga gränsen mellan landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård blir ännu otydligare och kommunen befarar att den nya lagen kan leda till att delar av hälso- och sjukvårdsansvaret förskjuts från slutenvården till kommunerna och primärvården. Enligt regeringens uppfattning är landstingets och kommunens respektive grundläggande ansvar för de personer som lagen omfattar reglerat i framförallt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), patientlagen (2014:821) och socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL. Nämda hälso- och sjukvårdslag kommer att ersättas av en ny hälso- och sjukvårdslag den 1 april 2017 (jfr prop. 2016/17:43). Nästan alla bestämmelser i nuvarande hälso- och sjukvårdslag förs över till den nya hälso- och sjukvårdslagen. De flesta av paragraferna i den nya hälso- och sjukvårdslagen är utformade helt i överensstämmelse med motsvarande bestämmelser i gällande hälso- och sjukvårdslag, eller så skiljer sig dessa bestämmelser enbart i språkligt eller redaktionellt hänseende.

Varken betalningsansvarslagen eller den föreslagna lagen ska påverka ansvarets omfattning. Däremot förutsätter den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård än tydligare än vad betalningsansvarslagen gör att respektive huvudman och vårdnivå tar sitt ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen och SoL till fullo. Det bör inte råda någon tvekan om vem som ansvarar för vilken del av vården.

Beredningen av förslagen visar i delar en tydlig brist på förtroende mellan huvudmännen. Regeringen förväntar sig dock att kommuner och landsting följer gällande lagstiftning som i allt väsentligt handlar om att enskilda ska få det stöd och den vård och omsorg som de behöver.

5.2 Lagens innehåll och tillämpningsområde

5.2.1 Lagens innehåll och tillämpning

Regeringens förslag: En bestämmelse som beskriver den nya lagens innehåll och tillämpningsområde ska föras in i lagen. Det ska anges att det i lagen finns bestämmelser om samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter det att de skrivits ut från slutenvård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Av bestämmelsen ska det även framgå att det i den nya lagen finns bestämmelser om hur insatserna ska planeras för enskilda som efter utskrivning behöver insatser från flera berörda enheter inom de aktuella verksamheterna. Slutligen ska det även anges att det i den nya lagen finns bestämmelser om kommunens betalningsansvar för vissa utskrivningsklara patienter.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens. Utredningens förslag innebär att lagen endast ska tillämpas i de fall en patient efter utskrivningen behöver insatser från kommunen i form av socialtjänst och hälso- och sjukvård. Vidare anges det i utredningens förslag att det i bestämmelsen ska regleras vilka aktörer som ska tillämpa olika bestämmelser i lagen. Regeringens förslag innehåller inte någon sådan reglering.

Remissinstanserna: En majoritet tillstyrker eller har inga invändningar mot förslagen. *Socialstyrelsen* anser att utredningens förslag är en inskränkning i jämförelse med den nuvarande lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (betalningsansvarslagen) på så sätt att den föreslagna lagen endast ska avse patienter som efter utskrivningen har behov av insatser från en kommun i form av socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Betalningsansvarslagen omfattar patienter som bedöms behöva sådana insatser *eller* insatser från landstingets öppna vård. Betänkandet berör inte varför denna förändring föreslås och Socialstyrelsen kan inte se att förändringen är motiverad. Socialstyrelsen anser även att den föreslagna lagtexten ska ändras så att det inte längre ska anges vilka aktörer som ska tillämpa olika delar av lagen. *Sveriges läkarförbund* anser att förslaget inte är tillräckligt för att säkra samverkan och föreslår att en motsvarande bestämmelse som i 8 a och 8 b §§ hälso- och sjukvårdslagen om landstings och kommuners samarbete kring patienter med sammansatta behov ska införas. Några remissinstanser, bl.a. *Dalarna läns landsting*, *Älvdalens kommun*, *Ludvika kommun* och *Leksands kommun* saknar ett barnperspektiv i den nya lagen. *Västerbottens läns landsting*, *Kalmar läns landsting*, *Norrbottnens läns landsting*, *Dalarna läns landsting* och *Västmanlands läns landsting* anser att den kommunala hemsjukvården har belysts för lite i förslaget. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* saknar resonemang kring situationer när personer som omfattas av lagen i huvudsak har behov av insatser från socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård och endast enstaka kontakter med landstingets öppna hälso- och sjukvård. SKL anser att frågan bör regleras i de lokala överenskommelserna mellan huvudmännen.

Skälen för regeringens förslag

Vilka patienter ska omfattas av den nya lagen?

Utredningen föreslår att den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska omfatta patienter som efter utskrivning bedöms behöva insatser från kommunen i form av socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Detta är en skillnad mot betalningsansvarslagens tillämpningsområde i det avseende den lagen avser somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård och psykiatrisk vård. I dessa fall omfattar lagen de patienter som kan komma att behöva insatser från kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård *eller* landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård (jfr 10 a– 10

c §§ betalningsansvarslagen). *Socialstyrelsen* uppmärksammar denna skillnad mellan nuvarande lagstiftning och utredningens förslag och anför att betänkandet inte berör varför denna förändring föreslås. *Socialstyrelsen* kan inte se att förändringen är motiverad utan anser att även om samordnad individuell planering och kommunalt betalningsansvar inte behöver bli aktuellt är det av värde för en trygg och effektiv utskrivning från den slutna vården att landstingets öppna vård får kännedom om patientens slutenvård och bra möjligheter att planera kommande insatser även i de fall insatser från en kommun inte är aktuella. Sådana situationer kan tänkas förekomma t.ex. där hemsjukvården ännu står helt under landstingets huvudmannaskap. *Socialstyrelsen* föreslår därför alternativa formuleringar vad gäller tillämpningsområde och målgrupp i lagförslaget.

Som *Socialstyrelsen* anför är det inte tydligt varför utredningen föreslår en inskränkning av lagens tillämpningsområde. Det finns indikationer om att informationsöverföringen mellan den slutna och öppna vården är bristfällig. Det gäller oavsett om patienten har behov av insatser från kommunen eller inte. Ett exempel som kan nämnas är den studie som genomfördes under våren 2011 i Sverige och ytterligare 10 länder, *The 2011 Commonwealth Fund International Health Policy Survey*. Undersökningen genomfördes i form av telefonintervjuer med 4 800 personer i målgruppen ”sjukare vuxna”. En fråga som ställdes var om läkare vid den mottagning eller praktik som patienten vanligen går till var informerade om den vård som patienten fått på sjukhus. Endast 45 procent av patienterna svarade ja på frågan, vilket var det sämsta utfallet av samtliga i studien ingående länder. Regeringen håller med *Socialstyrelsen* om att det finns betydande värde i att även de patienter som endast kan behöva insatser från den landstingsfinansierade vården också omfattas av samverkan i den nya lagen och anser att den nya lagen ska, i likhet med betalningsansvarslagen, ska omfatta enskilda som efter utskrivningen kan behöva insatser från kommunen i form av socialtjänst eller hälso- och sjukvård eller insatser från landstingets öppna vård.

Regeringen föreslår att en bestämmelse som beskriver innehåll och tillämpningsområde förs in i den nya lagen. I bestämmelsen definieras den grupp av enskilda som omfattas av lagens bestämmelser så som ”enskilda som efter att de skrivits ut från slutna vård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården”. De regler om samverkan, rutiner för utskrivning m.m. som lagen innehåller ska således tillämpas om patienten tillhör denna grupp. Regeringen bedömer inte att målgruppen behöver definieras ytterligare. Utredningen har även föreslagit att lagen inte ska tillämpas i samband med utskrivning av patienter som vårdas enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Regeringen återkommer till den frågan i avsnitt 5.2.2.

Ska vissa vårdssituationer beskrivas i den nya lagen?

I betalningsansvarslagen anges beteckningarna ”somatisk akutsjukvård”, ”geriatrisk vård” och ”psykiatrisk vård” för att beskriva i vilka vårdssituationer som lagen ska tillämpas. Den föreslagna lagen beskriver huvudsakligen samma process och rutiner för all slutenvård, med undantag för slutenvårdsrättspsykiatrisk vård och slutenvårdspsykiatrisk tvångsvård. Lagen ska tillämpas vid utskrivning från all slutenvård för patienter inom lagens målgrupp. Detta förslag innebär ingen skillnad mot hur lagen tillämpas i dag.

Nuvarande lagstiftning reglerar betalningsansvaret för två situationer: patienter som vårdas inom en enhet för somatisk långtidssjukvård och utskrivningsklara patienter som vårdas inom somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård och psykiatrisk vård (2 och 10 §§ betalningsansvarslagen).

Enligt vad regeringen har erfarenhet finns det inte längre några sådana långvårdsinrättningar som drivs av landstinget, som bestämmelsen avser. Landstinget är inte längre huvudman för någon av de boendeformer som denna del av lagstiftningen syftar på. Bestämmelserna om somatisk långtidssjukvård är således obsoleta och behövs inte i den nya lagen.

Barnperspektivet

Ett par remissinstanser, däribland *Dalarnas läns landsting* och *Älvdalens kommun* påpekar att de saknar ett barnperspektiv i den nya lagen. Barn är inte undantagna från lagens tillämpningsområde. Regeringen vill dock återigen peka på att landstingets och kommunens respektive grundläggande ansvar för de personer som lagen omfattar regleras i annan lagstiftning, framförallt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, patientlagen (2014:821) och socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL. HSL kommer att ersättas av en ny hälso- och sjukvårdslag den 1 april 2017 (jfr prop. 2016/17:43). Den nya lagen innehåller nästan alla bestämmelser som finns i nuvarande hälso- och sjukvårdslag och är utformade helt i överensstämmelse med motsvarande bestämmelser i gällande hälso- och sjukvårdslag, eller så skiljer sig dessa bestämmelser enbart i språkligt eller redaktionellt hänseende.

I 1 kap. 8 § patientlagen anges att när hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Enligt 1 kap. 2 § SoL ska barnets bästa särskilt beaktas vid åtgärder som rör barn, och vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn ska vad som är bäst för barnet vara avgörande. Dessa bestämmelser gäller för all hälso- och sjukvård och för alla insatser enligt SoL – även när den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvårds hälso- och sjukvård tillämpas. Regeringen bedömer därför att det inte finns behov av att föra in några liknande bestämmelser i den nya lagen, då denna ska tillämpas samtidigt som annan lagstiftning – och inte i stället för.

Samverkan enligt den nya lagen i jämförelse med annan samverkan

Sveriges läkarförbund anser att förslaget inte är tillräckligt för att säkra samverkan och föreslår att en motsvarande bestämmelse som i 8 a § och

8 b §§ HSL (16 kap. 3 § nya hälso- och sjukvårdslagen) om landstings och kommuners samarbete kring patienter med sammansatta behov ska införas. Regeringen delar inte läkarförbundets uppfattning. De bestämmelser som förbundet hänvisar till handlar om skyldighet för landsting och kommuner att ingå överenskommelser om samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning och personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel (8 a och 8 b §§ HSL och 16 kap. 3 § nya hälso- och sjukvårdslagen). Bägge bestämmelserna har tydligt definierade målgrupper, till skillnad från den föreslagna lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Delvis överlappar målgruppen med personer med psykisk funktionsnedsättning den nya lagens målgrupp. Det innebär att det för dessa personer redan ska finnas ingångna överenskommelser som också kan komma att ha betydelse vid utskrivning från slutna vård och som kan tas i beaktande vid utformandet av överenskommelser enligt den nya lagen. En viktig beståndsdel i 16 kap. 3 § nya hälso- och sjukvårdslagen (8 a och 8 b §§ HSL) är också att organisationer som företräder de personer som överenskommelserna ska handla om, eller deras närstående, om möjligt ska få lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. Några sådana organisationer finns inte för den relativt heterogena grupp som omfattas av den nya lagen. Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska i stället komplettera de övriga överenskommelser som kan finnas mellan landsting och kommuner kring särskilda grupper med sammansatta behov och tydliggöra behov av lokala gemensamma riktlinjer och överenskommelser avseende bl.a. samverkan, tidsfrister och ersättningsbelopp.

Utredningen har föreslagit att det i lagtexten ska framgå vilka aktörer som ska tillämpa de olika bestämmelserna i lagen. *Socialstyrelsen* anser bl.a. att det förslaget dels är onödigt, dels till viss del missvisande. *Socialstyrelsen* menar att flera av bestämmelserna riktar sig till andra än dem som pekas ut i lagförslaget och att det redan av de olika bestämmelserna i lagen tydligt framgår vilka som ska tillämpa dem. Regeringen delar *Socialstyrelsens* uppfattning och föreslår ingen sådan reglering.

Kommunal hälso- och sjukvård

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, saknar resonemang kring situationer när personer som omfattas av lagen i huvudsak har behov av insatser från socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård och endast enstaka kontakter med landstingets öppna hälso- och sjukvård. Regeringen instämmer i att dessa situationer behöver uppmärksammas och att frågan lämpligen bör förtydligas i de lokala överenskommelserna mellan huvudmännen, se avsnitt 5.13.

Landsting och kommuner i samtliga län utom Stockholms län har kommit överens om att föra över ansvaret för hemsjukvård från

landstinget till kommunerna. Detta innebär att kommunerna har ansvar för medicinska insatser (utom läkarinsatser), rehabilitering, habilitering samt omvårdnad i patientens boende, antingen i det egna hemmet eller i särskilt boende. Hemsjukvården spänner över ett brett spektrum av insatser, bl.a. omläggning av sår, skötsel av stomi och urinkateter, utprovning av inkontinenshjälpmedel, dialys, sondmatning, injektioner, infusioner och provtagningar. Även avancerade sjukvårdsinsatser kan numera erbjudas i det egna hemmet, bl.a. inom cancervården. Den dagliga omsorgen med mat, hjälp med bostadens skötsel, hjälp med personlig hygien, sociala behov m.m. sköts vanligen parallellt med de mer medicinska uppgifterna.

Kommunernas vård och omsorg har sammantaget fått allt viktigare och mer komplicerade uppgifter för allt fler personer med omfattande behov av stöd. Det innebär att den enskilde i många fall kan få sitt huvudsakliga behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunen. Regeringens uppfattning är emellertid, liksom utredningens, att landstingets öppna vård även i dessa situationer har en betydelse. Kommunens hälso- och sjukvård omfattar inte läkarinsatser. Med beaktande av att detta i normalfallet betyder att läkare i landstingets öppna hälso- och sjukvård har ett medicinskt ansvar för patienten menar regeringen att det är relevant att säkerställa att även dessa instanser deltar i samarbetet kring den enskilde, se även avsnitt 5.5.

Hemsjukvården, som en del av kommunal hälso- och sjukvård, är en viktig aktör i processen vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Regeringen anser att detta speglas i lagförslaget och delar därför inte *Västerbottens läns landstings, Kalmar läns landstings, och Norrbottens läns landstings* uppfattning att den kommunala hemsjukvården har belysts för lite i förslaget.

Överenskommelser om ansvar för andra patienter

I betalningsansvarslagen finns en bestämmelse om att ett landsting och en kommun gemensamt kan bestämma att kommunen ska ha betalningsansvar även för andra patienter än de som avses i lagen och hur det ska regleras ekonomiskt (13 §). Regeringen finner inte att någon motsvarande bestämmelse behövs i den nya lagen, som ska gälla alla patienter som skrivs ut från en vårdinrättning där patienten är föremål för sluten vård och som kan komma att behöva insatser från kommunen (se även avsnitt 5.2.2). Huvudmännens möjligheter att komma överens om ansvarsfördelning mellan sig regleras i hälso- och sjukvårdslagen och i kommunallagen och behöver därför inte särskilt regleras i den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Mellankommunal kostnadsutjämning

I 16 § betalningsansvarslagen finns en bestämmelse om kostnadsutjämning mellan kommuner med anledning av att ett landsting har överlåtit verksamheter för vård av personer med psykisk störning till

kommuner som ingår i landstingsområdet. Bestämmelsen trädde i kraft den 1 januari 1996 som en följd av psykiatireformen. Regeringen konstaterar, i likhet med utredningen, att mellankommunala kostnadsutjämningsystem avseende sådana verksamheter inte längre finns och att behovet av sådana har eliminerats i samband med att det nuvarande systemet för kommunalekonomisk utjämning infördes den 1 januari 2005. Någon motsvarande bestämmelse behövs därför inte i den föreslagna lagen.

5.2.2 Inga patientgrupper bör undantas från den nya lagens tillämpningsområde

Regeringens förslag: Den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska omfatta patienter som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård.

Utredningens förslag: Överensstämmer inte med regeringens bedömning. Utredningens förslag innebär att patienter som vårdas enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, ska undantas från den nya lagen.

Remissinstanserna: En majoritet tillstyrker eller har inga invändningar mot förslaget. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* och *Värmlands läns landsting* instämmer i förslaget att undanta patienter som skrivs ut från rättspsykiatrisk vård från den nya lagens tillämpning, men menar att staten borde överväga ett förtydligande i LRV kring kommunens ansvar att samverka vid upprättande av en samordnad vårdplan enligt den lagen. *Handikappförbunden* instämmer inte i förslaget om att undanta patienter som vårdas enligt LRV och anser att utredningen inte tagit hänsyn till dessa patienters rättigheter och behov. *Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)* anser att förslaget bör utvidgas till att omfatta även patienter som vårdas med stöd av LRV. Resultatet av att lämna patienter som vårdas rättspsykiatriskt utanför den nya lagen, samtidigt som man avskaffar den tidigare betalningsansvarslagen, blir att en redan dåligt fungerande utskrivningsprocess ytterligare försämras. *Kalmar läns landsting* och *Västmanlands läns landsting* är tveksamma till att undanta patienter som vårdas enligt LRV och efterfrågar ett förtydligande av kommunens ansvar att samverka vid upprättandet av samordnad individuell plan. *Skåne läns landsting* motsätter sig att helt undanta patienter som vårdas enligt LRV i den nya lagen. Landstinget menar att det så långt möjligt ska vara samma regelverk för psykiatrisk och somatisk vård och att det även gäller rättspsykiatrisk vård.

Skälen för regeringens förslag

Patienter som vårdas enligt LRV är en utsatt och sårbar grupp. Även 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. Behoven av insatser efter slutenvårdstiden hos denna målgrupp omgärdas av särskilda omständigheter. Utredningen om betalningsansvarslagen har därför föreslagit att lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård inte ska tillämpas i samband med utskrivning av patienter som vårdas enligt LRV (se SOU 2015:20, s. 187 f.). Skälen för utredningens förslag är flera. Bland annat är vårdtiderna inom den rättspsykiatriska vården betydligt längre jämfört med vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (nuvarande SFS 1982:763, förkortad HSL, som kommer att ersättas av en ny lag med samma rubrik den 1 april 2017) eller lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT. Förutsättningarna och tiden för att planera inför utskrivning för patienter som vårdas enligt LRV är annorlunda jämfört med andra patienter. Vidare menar utredningen att frågan om hur olika enheter ska samverka med varandra i planeringen av den enskildes fortsatta vård efter tiden i slutenvård redan är reglerad i LRV.

Ett annat skäl är enligt utredningen att patienter som vårdas med stöd av LRV har en mer komplicerad utskrivningsprocess än patienter som vårdas med stöd av HSL eller LPT. Vården är en påföljd efter ett brott. Omständigheterna runt dessa patienter gör därför att det så gott som alltid måste tas särskilda hänsyn med tanke på det brott som föranlett tvångsvården och med hänsyn till eventuella risker för återfall i brott. För kommunerna innebär detta ett omfattande planeringsarbete med ofta grannliga överväganden där även säkerhetsfrågor aktualiseras. Utskrivningsprocessen är därför betydligt mer komplicerad än för andra patienter och kräver en samsyn mellan vården och de kommunala enheterna som bygger på tillit och förtroende. Den ytterligare tidspress som ett betalningsansvar skulle innebära skulle därmed kunna bli en betydande nackdel i processen. En majoritet av patienterna som vårdas med stöd av LRV har även så kallad särskild utskrivningsprövning. Det innebär att vården inte kan upphöra eller omvandlas till öppenvård annat än genom domstolsbeslut. I praktiken innebär detta att verksamheterna inte själva äger beslutet om när patienten är utskrivningsklar, vilket komplicerar utskrivningssituationen ytterligare särskilt för de kommunala berörda enheterna.

Remissinstansernas synpunkter

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Värmlands läns landsting instämmer i förslaget att undanta patienter som skrivs ut från rättspsykiatrisk vård från den nya lagens tillämpning, men menar att staten borde överväga ett förtydligande i LRV kring kommunens ansvar att samverka vid upprättande av en samordnad vårdplan enligt den lagen.

Handikappförbunden instämmer däremot inte och anser att utredningens förslag inte tar hänsyn till dessa patienters rättigheter och behov. *Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)* anser att förslaget bör utvidgas till att omfatta även patienter som vårdas med stöd av LRV. Resultatet av att lämna patienter som vårdas rättspsykiatriskt utanför lagförslaget, samtidigt som man avskaffar den tidigare betalningsansvarslagen, blir att en redan dåligt fungerande utskrivningsprocess ytterligare försämras. Enligt NSPH innebär utredningens förslag en påtaglig försämring för patienter som vårdas med stöd av lagen om rättspsykiatrisk vård. *Kalmar läns landsting* och *Västmanlands läns landsting* är tveksamma till att undanta patienter som vårdas enligt LRV och *Skåne läns landsting* motsätter sig att undanta patientgruppen.

Individuella planer och samordnade vårdplaner

Kommunen har enligt 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, en skyldighet att tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Motsvarande skyldighet för landstinget regleras i 16 kap. 4 § nya hälso- och sjukvårdslagen (3 f § HSL). Bestämmelserna om individuell plan i SoL och HSL ska enligt förarbeten inte tillämpas av den kommunala hälso- och sjukvården (prop. 2008/09:193 s. 22).

Av 12 a § LRV framgår att vid en ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård ska 7 § fjärde stycket och 7 a § LPT tillämpas. Enligt dessa bestämmelser ska en samordnad vårdplan fogas till ansökan. En sådan vårdplan ska enligt 7 a § LPT bl.a. innehålla uppgifter om det bedömda behovet av insatser från landstingets hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, beslut om insatser samt vilken enhet vid landstinget eller kommunen som ansvarar för vilken insats. Vårdplanen ska utformas i samarbete mellan de enheter vid kommunen eller landstinget som svarar för insatserna.

Reglerna om samordnad vårdplan i LPT och LRV går utöver vad som gäller i SoL och HSL då även enheter och insatser från den kommunala hälso- och sjukvården omfattas av planeringen, men de har i stort sett samma syfte – att för den enskildes fortsatta vård och stöd lista de insatser som är planerade och tydliggöra vilka instanser som ska utföra dem. Planeringen enligt de olika regelverken kan med fördel samordnas i den mån det är möjligt. För den enskilde finns det inget egenvärde i att ha flera planer upprättade med samma innehåll.

Inga undantag från lagens tillämpningsområde

Enligt vad regeringen har erfårit under lagstiftningsarbetet finns det en oro över att samarbetet mellan huvudmännen skulle påverkas negativt

om patientgruppen undantas. Regeringen instämmer delvis i de skäl som utredningen anför för att undanta patientgruppen, men har efter noga övervägande valt att inte göra några undantag från lagens tillämpningsområde. Patientgruppen omfattas redan i dag av bestämmelserna i betalningsansvarslagen och regeringen befarar att det finns en risk för att ett uttryckligt undantagande av patientgruppen kan medföra oönskade effekter för enskilda och en mer komplicerad planeringsprocess. Utredningen har inte föreslagit att patienter som vårdas enligt LPT ska undantas från lagens tillämpning. Processen vid utskrivning från vård enligt LPT och LRV är emellertid mycket snarlika och regleras i huvudsak genom samma bestämmelser i lag. Att då undanta den ena men inte den andra patientgruppen ser regeringen som olämpligt. Regeringen konstaterar också att huvudmännen har möjlighet att närmare överenskomma om frist dagar och belopp för betalningsansvar, se avsnitt 5.13.

5.3 Lagens syfte

Regeringens förslag: Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska syfta till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Lagen ska särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. Utredningen föreslår att lagen ska syfta till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och som också kan ha behov av insatser från den landstingsfinansierade öppna vården.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inga invändningar mot förslaget. *Socialstyrelsen* anför att utredningens förslag är en inskränkning i jämförelse med den nuvarande lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (betalningsansvarslagen) på så sätt att den föreslagna lagen endast ska avse patienter som efter utskrivningen har behov av insatser från en kommun i form av socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Betalningsansvarslagen omfattar patienter som bedöms behöva sådana insatser *eller* insatser från landstingets öppna vård. *Socialstyrelsen* har lämnat förslag till ändrad formulering av lagtexten. *Botkyrka kommun* framför att lagens syfte om trygg och effektiv utskrivning från slutna vård

är svårt att uppfylla inom socialpsykiatrins område när antalet fristdagar minskar från i dag trettio till tre.

Skälen för regeringens förslag: Regeringens mål med den föreslagna regleringen är att den ska leda till en trygg och säker utskrivningsprocess och att så långt möjligt bidra till att den enskilde inte i onödan ska behöva tillbringa tid på sjukhus. Detta bör framgå tydligt av själva lagen. Så som anges i avsnitt 4 kan vård i sjukhusmiljö vara förknippat med risker för de patientgrupper som omfattas av förslagen. Det är regeringens ambition att genom detta lagstiftningsarbete bidra till en säkrare och för patienterna tryggare förflyttning från vård på sjukhus till vård och omsorg i eget eller särskilt boende. Det tydliggörs att en förbättrad utskrivningsprocess framför allt möjliggörs av att de olika verksamheterna och huvudmännen var och en ger en god hälso- och sjukvård respektive en socialtjänst av god kvalitet. Som regeringen redogör för i föregående avsnitt är det i annan lagstiftning som det huvudsakliga ansvaret och de skyldigheter som verksamheter och huvudmän har är reglerat. Den föreslagna lagen ska således bidra till att främja att så ska ske – med fokus på den enskildes bästa.

Botkyrka kommun framför att lagens syfte om trygg och effektiv utskrivning från sluten vård är svårt att uppfylla inom socialpsykiatrins område när antalet fristdagar minskar från i dag trettio till tre. Regeringen återkommer i sak till dessa bestämmelser i avsnitt 5.14.1 men vill återigen klargöra att såväl utredningens som regeringens ambition är att åstadkomma en ökad samverkan och gemensamt ansvarstagande för processen. Gemensamma överenskommelser ska kunna återspegla lokala förutsättningar och möjligheter på ett sätt som nationell lagstiftning inte förmår göra.

Socialstyrelsen anför, i likhet med vad som anges i avsnitt 5.2, att utredningens förslag är en inskränkning i jämförelse med den nuvarande betalningsansvarslagen på så sätt att den föreslagna lagen endast ska avse patienter som efter utskrivningen har behov av insatser från en kommun i form av socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Betalningsansvarslagen omfattar patienter som bedöms behöva sådana insatser *eller* insatser från landstingets öppna vård. Socialstyrelsen föreslår att lagtexten i stället formuleras så att lagen ska främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården *eller* den landstingsfinansierade öppna vården. I likhet med Socialstyrelsen anser regeringen att det är av värde för en trygg och effektiv utskrivning från sluten vård att landstingets öppna vård får kännedom om patientens slutenvård och bra möjligheter att planera kommande insatser även i de fall insatser från en kommun inte är aktuella. Regeringen föreslår därmed att syftet med lagen ska vara att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den

landstingsfinansierade öppna vården. Därutöver ska lagen särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från sluten vård så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. En definition av begreppet utskrivningsklar behandlas i avsnitt 5.4.

5.4 Uttryck i lagen

Regeringens förslag: I den nya lagen definieras följande centrala begrepp: hälso- och sjukvård, socialtjänst, sluten vård, öppen vård och utskrivningsklar.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Regeringens förslag till definition av begreppen hälso- och sjukvård och sluten vård skiljer sig från utredningens.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inga invändningar mot förslagen.

Flera remissinstanser, däribland *SPF Seniorerna*, *Jönköpings kommun*, *Skövde kommun* och *Östersunds kommun*, anser att begreppet ”utskrivningsklar” är otydligt definierat. *Dalarna läns landsting*, *Älvdalens kommun*, *Ludvika kommun*, och *Leksands kommun* saknar definition av ”rehabilitering”. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* påpekar att utredningens definition av begreppet ”hälso- och sjukvård” inte överensstämmer med bl.a. hälso- och sjukvårdslagens. *Socialstyrelsen* har lämnat synpunkter på förslaget till definition av begreppen öppen och sluten vård. *Stockholms läns landsting* och *Uppsala universitet* har synpunkter på den föreslagna definitionen av ”sluten vård”.

Skälen för regeringens förslag

I syfte att främja tillämpningen och förståelsen av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård föreslår regeringen att en särskild bestämmelse ska innehålla definitioner av några i lagen förekommande och centrala uttryck. Dessa är hälso- och sjukvård, socialtjänst, sluten vård, öppen vård och utskrivningsklar. Några remissinstanser, däribland *Dalarnas läns landsting* och *Leksands kommun* saknar en definition av begreppet ”rehabilitering”. Instanserna påpekar att det är först när landstingets rehabilitering är klar som patienten kan betraktas som utskrivningsklar. Många författningar innehåller uttryck som är centrala för förståelsen av olika bestämmelser. För att det inte ska råda någon tveksamhet om vad avses med ett uttryck har detta därför särskilt definierats i författningen. I det förslag till lagtext som utredningen har överlämnat förekommer inte ordet rehabilitering. Det finns därför enligt regeringens mening ingen anledning att närmare

definiera det uttrycket i den nya lagen. Som regeringen har påpekat tidigare är det inte i den nya lagen, utan i annan lagstiftning som landstingens och kommunernas respektive ansvar för hälso- och sjukvård och andra insatser regleras. I detta sammanhang kan nämnas att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, kommer att ersättas av en ny hälso- och sjukvårdslag som träder i kraft den 1 april 2017 (jfr prop. 2016/17:43). Nästan alla bestämmelser i nuvarande hälso- och sjukvårdslag förs över till den nya hälso- och sjukvårdslagen. De flesta av paragraferna i den nya hälso- och sjukvårdslagen är utformade helt i överensstämmelse med motsvarande bestämmelser i gällande hälso- och sjukvårdslag, eller så skiljer sig dessa bestämmelser enbart i språkligt eller redaktionellt hänseende.

Hälso- och sjukvård

Definitionen av hälso- och sjukvård bör enligt regeringens mening överensstämma innehållsmässigt med motsvarande definition i patientlagen (2014:821) som lyder ”Med hälso- och sjukvård avses i denna lag dels åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, dels sjuktransporter”. Till skillnad från definitionen av hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen (jfr 2 kap. 1 § nya hälso- och sjukvårdslagen och 1 § HSL), omfattar definitionen i nu aktuella lag inte omhändertagande av avlidna.

SKL påpekar att utredningens förslag till definition av begreppet ”hälso- och sjukvård” inte överensstämmer med bl.a. HSL och att det i den föreslagna definitionen saknas ordet ”medicinskt” vilket förbundet ser som en brist. Regeringen instämmer i vad SKL anför och föreslår således att ordet ”medicinskt” ska ingå i definitionen.

Socialtjänst

Socialtjänst ska enligt regeringens förslag definieras som insatser för en enskild enligt författningarna om socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade samt insatser enligt de särskilda författningarna om vård utan samtycke av unga eller av missbrukare. Definitionen hänvisar således till socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall samt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

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

Sluten vård och öppen vård

Enligt 5 § HSL ska hälso- och sjukvård som ges under intagning benämnas sluten vård. Annan hälso- och sjukvård ska benämnas öppen vård. I 2 kap. 4 och 5 §§ nya hälso- och sjukvårdslagen definieras sluten vård som hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning och med öppen vård avses annan hälso- och sjukvård än sluten vård. *Socialstyrelsen, Uppsala universitet och Stockholms läns*

landsting har synpunkter på utredningens förslag till definitioner och påpekar att definitionen av slutna vård i högre grad bör överensstämma med HSL:s lydelse. Regeringen instämmer med remissinstanserna och föreslår att begreppen ska ha samma definitioner som de i den nya hälso- och sjukvårdslagen.

Utskrivningsklar

Regeringen föreslår att begreppet utskrivningsklar ska definieras på samma sätt som i den nu gällande betalningsansvarslagen. Med utskrivningsklar ska således avses att en patients hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården. Bedömningen av om en patient är utskrivningsklar är en professionell bedömning som den behandlande läkaren ska göra utifrån sitt yrkesansvar. Läkaren avgör med hänsyn tagen till patientens tillstånd samt till vetenskap och beprövad erfarenhet när en patient är utskrivningsklar, det vill säga när patienten inte längre är i behov av slutna vård.

Flera remissinstanser, däribland *SPF Seniorerna, Jönköpings kommun, Skövde kommun* och *Östersunds kommun*, anser att begreppet

”utskrivningsklar” är ottydligt definierat. SPF Seniorerna påpekar bl.a. att bedömningen av om en patient är utskrivningsklar fortsättningsvis är ett ensidigt beslut av landstingssjukvården trots att båda huvudmännen enligt lag har ett likvärdigt sjukvårdsansvar. Regeringen instämmer i utredningens bedömning att det vore olämpligt att i lag detaljreglera exakt vilka moment som ska vara genomförda för att en patient ska anses vara utskrivningsklar. Konflikter mellan huvudmännen om bedömningen av när en patient ska anses vara utskrivningsklar kan ofta förklaras av bristande samverkan mellan parterna. Regeringen anser därför att i den mån huvudmännen har behov av att tydligare definiera vilka villkor som ska vara uppfyllda för att en patient ska bedömas som utskrivningsklar så kan detta göras i de gemensamma riktlinjer som ska upprättas mellan huvudmännen, se avsnitt 5.13.

5.5 Inskrivningsmeddelandet initierar planeringen inför patientens utskrivning

5.5.1 Inskrivningsmeddelandet

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

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

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen föreslår att i de fall patienten, utöver socialtjänst eller kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, behöver insatser från den landstingsfinansierade öppna vården ska den öppna vården få ett inskrivningsmeddelande. Regeringens förslag innebär också att det tydliggörs i den nya lagen att den landstingsfinansierade öppna vården även ska anses vara berörd enhet om patienten bedöms ha behov av insatser från kommunal hälso- och sjukvård. Regeringen föreslår också att det ska vara den slutna vården som skickar inskrivningsmeddelande, inte den behandlande läkaren som utredningen föreslår.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inga invändningar mot förslagen. *Enköpings kommun* och *Östersunds kommun* menar att lagtexten skapar otydlighet kring när den landstingsfinansierade öppna vården ska få inskrivningsmeddelanden. I lagtexten skiljer man på när den kommunala hälso- och sjukvården och den landstingsfinansierade öppna vården ska få inskrivningsmeddelanden genom att skriva ”Ifall patienten även behöver insatser från den landstingsfinansierade öppna vården ska också berörda enheter i den öppna vården få ett inskrivningsmeddelande”. Kommunerna menar att om den behandlande läkaren bedömer att en patient kan komma att behöva insatser från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården så innebär det samtidigt insatser från den landstingsfinansierade öppna vården, varför inskrivningsmeddelandet alltid ska gå till båda parter. *Socialstyrelsen* anför att förslaget om att det i första hand är kommunala enheter som ska få ett inskrivningsmeddelande och att det först om patienten även kan komma att behöva insatser från den landstingsfinansierade öppna vården blir aktuellt att också denna får ett inskrivningsmeddelande, innebär en inskränkning av tillämpningsområdet jämfört med den nuvarande lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (betalningsansvarslagen). Reglerna om t.ex. inskrivningsmeddelande och utskrivningsmeddelande i 10 a och 10 e §§ betalningsansvarslagen gäller för patienter som kan komma att behöva kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård. Betänkandet berör inte varför denna förändring föreslås och Socialstyrelsen kan inte se att förändringen är motiverad. Även om samordnad individuell planering och kommunalt betalningsansvar inte behöver bli aktuellt är det av värde för en trygg och effektiv utskrivning från slutenvård att landstingets öppna vård får kännedom om patientens slutenvård och bra möjligheter att planera kommande insatser även i de fall insatser från en kommun inte är

aktuella. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* påpekar att eftersom landstingets öppna vård ska kalla till planering är det viktigt att de får ett inskrivningsmeddelande. *Skåne läns landsting, Jämtlands läns landsting* och *Socialstyrelsen* menar att administrativa uppgifter såsom att skicka inskrivningsmeddelanden inte bör åläggas ansvarig läkare utan att andra yrkeskategorier kan utföra uppgiften.

Skälen för regeringens förslag

Den nya lagen syftar bl.a. till att patienter ska kunna skrivas ut från slutenvård så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Detta kräver att alla berörda enheter i kommunen och landstingets öppna vård snabbt informeras om att patienten skrivs in i slutenvård.

Utredningen om betalningsansvarslagen har föreslagit att om behandlande läkare bedömer att en patient efter utskrivning kan komma att behöva insatser från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller socialtjänsten ska läkaren underrätta berörda enheter genom ett inskrivningsmeddelande. Ifall patienten även behöver insatser från den landstingsfinansierade öppna vården föreslår utredningen att även berörda enheter i den öppna vården ska få ett inskrivningsmeddelande.

I vilka fall ska landstingets öppna vård få ett inskrivningsmeddelande?

Utredningens förslag innebär att inskrivningsmeddelandet ska skickas till enheter i kommunen – endast i de fall behandlande läkare bedömer att patienten utöver insatser från kommunen behöver insatser även från landstingets öppna vård ska inskrivningsmeddelande skickas dit. Det innebär att ett inskrivningsmeddelande inte skickas om patienten endast bedöms behöva insatser från landstingets öppna vård. Detta skiljer sig från motsvarande bestämmelse i betalningsansvarslagen enligt vilken ett inskrivningsmeddelande ska skickas till berörda enheter om patienten efter utskrivning kan komma att behöva kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, *eller* landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård.

Enköpings kommun och *Östersunds kommun* påpekar att detta skapar otydlighet och menar att om den behandlande läkaren bedömer att en patient kan komma att behöva insatser från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården så innebär det samtidigt insatser från den landstingsfinansierade öppna vården, varför inskrivningsmeddelandet alltid ska gå till båda parter. *Socialstyrelsen* anför att förslaget om att det i första hand är kommunala enheter som ska få ett inskrivningsmeddelande och att det först om patienten *även* kan komma att behöva insatser från den landstingsfinansierade öppna vården blir aktuellt att också denna får ett inskrivningsmeddelande, innebär en inskränkning av tillämpningsområdet jämfört med betalningsansvarslagen. Reglerna om t.ex. inskrivningsmeddelande och

utskrivningsmeddelande i 10 a och 10 e §§ betalningsansvarslagen gäller för patienter som kan komma att behöva kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård. Betänkandet berör inte varför denna förändring föreslås och Socialstyrelsen kan inte se att förändringen är motiverad. Även om samordnad individuell planering och kommunalt betalningsansvar inte behöver bli aktuellt är det av värde för en trygg och effektiv utskrivning från slutna vård att landstingets öppna vård får kännedom om patientens slutna vård och bra möjligheter att planera kommande insatser även i de fall insatser från en kommun inte är aktuella. SKL anger också att om den landstingsfinansierade öppna vården ska kalla till planeringsmöte är det viktigt att de får inskrivningsmeddelandet. Regeringen instämmer med remissinstanserna och föreslår att om den behandlande läkaren bedömer att en patient kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården efter utskrivning, ska den slutna vården underrätta de berörda enheterna om denna bedömning genom ett inskrivningsmeddelande. När det gäller frågan om i vilka situationer den landstingsfinansierade öppna vården ska få ett inskrivningsmeddelande kan regeringen konstatera att detta ska ske såväl när den landstingsfinansierade öppna vården uttryckligen har ett eget ansvar för patientens insatser som när insatserna huvudsakligen ska genomföras inom den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Som anges i avsnitt 5.2.1 om kommunens hälso- och sjukvård omfattar inte den kommunala hälso- och sjukvården läkarinsatser. Med beaktande av att detta i normalfallet betyder att läkare i landstingets öppna hälso- och sjukvård har ett medicinskt ansvar för patienten, t.ex. när det gäller ordinationer av läkemedel, menar regeringen att det är relevant att säkerställa att även dessa instanser får kännedom om patientens slutna vård och deltar i samarbetet kring den enskilde.

Vem ska skicka inskrivningsmeddelandet?

Utredningen föreslår att det ska vara behandlande läkare som ska ansvara för att underrätta berörda enheter genom ett inskrivningsmeddelande. Skåne läns landsting, Jämtlands läns landsting och Socialstyrelsen menar att administrativa uppgifter såsom att skicka inskrivningsmeddelanden inte bör åläggas ansvarig läkare utan att andra yrkeskategorier kan utföra uppgiften. Socialstyrelsen föreslår därför i sitt remissyttrande att ansvaret för administrativa uppgifter som denna ska läggas på den slutna vården. Det blir då upp till vårdgivaren att ta ställning till hur arbetsuppgiften ska fördelas, eller till landstingen och kommunerna att fastställa i gemensamma riktlinjer. Skåne läns landsting anser att uppgiften måste kunna utföras av någon annan än av behandlande läkare. Läkartid är en begränsad resurs. Patientkontakt och direkt vårdarbete måste därför prioriteras framför administrativa uppgifter. Regeringen instämmer och föreslår liksom Socialstyrelsen att

ansvaret för den administrativa uppgiften ska läggas på den slutna vården. Det är emellertid behandlande läkare som enligt regeringens förslag ska göra bedömningen av om patienten efter utskrivning behöver insatser från andra instanser.

Vilka är de berörda enheterna?

Regeringens förslag innebär att ett inskrivningsmeddelande ska skickas till berörda enheter i kommunen och landstinget. Detta är också i överensstämmelse med 10 a § betalningsansvarslagen. Berörda enheter är de enheter i kommunen eller i den landstingsfinansierade öppna vården som förväntas tillhandahålla den socialtjänst eller hälso- och sjukvård som patienten efter utskrivning bedöms behöva. Inte sällan är det redan klarlagt vilka dessa enheter är vid inskrivning i slutna vård eftersom patienter som omfattas av den nya lagen ofta har pågående insatser från hemtjänst, kommunal hemsjukvård och läkare i primärvård. Det är inte heller fråga om att skicka uppgifterna till en stor mängd mottagare. Regeringen bedömer att det i normalfallet kan handla om cirka två eller tre enheter.

Utredningen om betalningsansvarslagen har inte uppfattat att det generellt sett är några större problem med att i dag identifiera vilka de berörda enheterna är. Utredningen menar att huvudmännen har goda rutiner för att identifiera berörda enheter, även i de fall patienten är listad på en annan öppenvårdsenhet än inom det geografiska område patienten tillhör eller då det av andra skäl finns omständigheter i det enskilda fallet att ta hänsyn till. Regeringen instämmer i detta, men vill åter peka på vikten av att den landstingsfinansierade öppna vården får ett inskrivningsmeddelande när patienten bedöms ha ett fortsatt behov av insatser från hälso- och sjukvården, även när dessa huvudsakligen kommer att ges inom den kommunala hälso- och sjukvården. Regeringen föreslår därför att det av lagtexten ska framgå att om insatser bedöms behövas från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården ska inskrivningsmeddelandet även skickas till den landstingsfinansierade öppna vården. I dessa fall är den landstingsfinansierade öppna vården att anse som berörd enhet i denna lag. Även privata utförare med finansiering från landsting eller kommun kan vara berörda enheter.

Såsom *Socialstyrelsen* framhåller är det för patienter som kan komma att ha behov av socialtjänstinsatser efter utskrivning angeläget att inskrivningsmeddelandet skickas till den kommunala nämnd som kan fatta beslut om sådana insatser. Även andra berörda enheter ska förstås få ett inskrivningsmeddelande men det är bara den behöriga nämnden som kan inleda en planering av om det behövs ett nytt beslut om socialtjänstinsatser.

5.5.2 När inskrivningsmeddelandet ska skickas

Regeringens förslag: Inskrivningsmeddelandet ska skickas senast 24 timmar efter det att patienten har skrivits in i slutna vård. Om den behandlande läkaren först senare under vårdförloppet bedömer att en patient kan komma att behöva insatser, ska den slutna vården skicka inskrivningsmeddelandet till berörda enheter senast 24 timmar efter det att den bedömningen gjordes.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Regeringen tydliggör även när ett inskrivningsmeddelande ska skickas i de fall en bedömning av patientens behov av insatser efter utskrivning görs senare än 24 timmar efter inskrivning.

Remissinstanserna: Flera remissinstanser, bland andra *SKL, Kalmar läns landsting* och *Åtvidabergs kommun*, föreslår att det ska framgå av bestämmelsen att den föreslagna 24-timmarsregeln även ska gälla när behov av insatser uppstår först senare i vårdförloppet.

Skälen för regeringens förslag: För att landsting och kommuner ska kunna erbjuda god hälso- och sjukvård samt socialtjänst av god kvalitet är det viktigt att säkerställa att planeringsarbetet kommer igång tidigt i processen. Regeringen föreslår därför att ett inskrivningsmeddelande ska skickas till berörda enheter inom 24 timmar efter det att patienten skrivits in i slutna vård. *SKL, Kalmar läns landsting* och *Åtvidabergs kommun* har föreslagit att det ska framgå av bestämmelsen att den föreslagna 24-timmarsregeln även ska gälla när behov av insatser uppstår först senare i vårdförloppet. Regeringen instämmer med remissinstanserna och föreslår att det av lagen ska framgå att om det först senare i vårdförloppet står klart att patienten kommer att ha ett behov av insatser efter utskrivning ska ett inskrivningsmeddelande skickas inom 24 timmar från det att behovet har identifierats. Graden av detaljreglering i detta avseende är enligt regeringens mening inte så hög att den skulle medföra några olägenheter eller konsekvenser för vårdgivarna. Det kan i stället vara en fördel att lagen ger så tydliga besked om förfarandet som det är möjligt.

5.5.3 Uppgifterna i inskrivningsmeddelandet

Regeringens förslag: Inskrivningsmeddelandet ska innehålla upplysningar om patientens namn, personnummer, folkbokföringsadress och beräknad tidpunkt för utskrivning. Om den beräknade tidpunkten för utskrivning ändras efter det att inskrivningsmeddelandet har skickats, ska den slutna vården så snart det är möjligt underrätta de berörda enheterna om den nya beräknade tidpunkten för utskrivning.

Utredningens förslag: Utredningens förslag innebär att inskrivningsmeddelandet ska innehålla uppgifter om namn, personnummer, folkbokföringsadress, beräknad tidpunkt för utskrivning och inskrivningsorsak. Regeringen föreslår inte att inskrivningsmeddelandet ska innehålla uppgift om inskrivningsorsak. Regeringen föreslår vad som ska gälla om beräknad tidpunkt för utskrivning ändras efter det att inskrivningsmeddelandet är skickat.

Remissinstanserna: *Åre kommun* bedömer att inskrivningsorsak inte alltid visar på den enskildes behov av insatser efter utskrivning. Vidare anser kommunen att ett inskrivningsmeddelande med orsak kan upplevas integritetskränkande. Kommunen föreslår därför att inskrivningsorsak inte ska finnas med i inskrivningsmeddelandet. *Handikappförbunden* och *Kristianstads kommun* anser att det inte är realistiskt att redan vid inskrivningen, inom 24 timmar, göra en prognos för utskrivningstidpunkt. För den enskilda patienten kan det också vara svårt att ta ställning till behov av hjälp i ett tidigt skede. *Socialstyrelsen* delar utredningens bedömning om att det är viktigt att berörda enheter underrättas så snart som möjligt om bedömningen av när patienten kan skrivas ut behöver revideras efter det att inskrivningsmeddelandet har skickats och föreslår att detta ska framgå av den nya lagen.

Skälen för regeringens förslag: För att ett inskrivningsmeddelande ska få skickas krävs som huvudregel patientens samtycke. Emellertid kan vissa uppgifter skickas utan patientens samtycke men då krävs det författningsstöd och sekretessbrytande regler. I detta avsnitt diskuteras vilka uppgifter som enligt lag ska skickas och i nästa avsnitt tas frågan om sekretessbrytande bestämmelse upp.

Det ska dock redan här framhållas att i den mån det är möjligt bör patienten göras delaktig i alla delar av vården. När det gäller den aktuella frågan om inskrivningsmeddelandet kan det t.ex. handla om att rådgöra med patienten om vilka enheter i kommunen och den landstingsfinansierade öppna vården som denne redan har en relation till och som bör få ett inskrivningsmeddelande.

Enligt nu gällande lagstiftning får ett inskrivningsmeddelande med uppgifter om namn, personnummer och folkbokföringsadress skickas utan hinder av sekretess. Detta framgår av 15 § betalningsansvarslagen. I propositionen Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet (prop. 2002/03:20 s. 34 f.) framförde regeringen att det är motiverat att den behandlande läkaren i samband med inskrivningen underrättar de enheter som kan bli aktuella för hjälpinsatser efter utskrivningen och att vissa uppgifter utan hinder av sekretess får överlämnas till kommunen.

Utredningen om betalningsansvarslagen föreslår att utöver uppgifter om namn, personnummer och folkbokföringsadress ska inskrivningsmeddelandet även innehålla upplysningar om inskrivningsorsak och beräknad tidpunkt för utskrivning. Utredningen

gör bedömningen att det är viktigt att berörda enheter snabbt får kännedom om denna information för att kunna förbereda verksamheterna att ta emot patienten efter utskrivning. Utredningen finner att den utvidgning av uppgifter som ska lämnas inte nämnvärt utvidgar det intrång i den personliga integriteten som är tillåten enligt gällande lagstiftning.

Frågan är dock om uppgifter om beräknad tidpunkt för utskrivning och inskrivningsorsak bör ingå bland de uppgifter som ska kunna lämnas till berörda enheter i ett inskrivningsmeddelande.

Uppgift om beräknad tidpunkt för utskrivning

I propositionen Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet påpekade regeringen att informationsöverföring endast får ske i de fall det är nödvändigt med hänsyn till vårdbehovet och att informationsöverföringen mellan huvudmännen måste ske med respekt för patienten. Regeringen anförde vidare att med ett synsätt som präglas av att den enskilde sätts i centrum kan individens rätt till integritet säkerställas utan att den informationsöverföring som krävs för att kunna erbjuda en väl anpassad vård och omsorg omöjliggörs (prop. 2002/03:20 s. 34 f.).

Nu som då vill regeringen framföra vikten av att den enskilde görs delaktig i alla beslut om vård och behandling – och att detta givetvis innebär överföring av personuppgifter. Emellertid kan de patienter som bedöms behöva insatser efter utskrivningen vara i ett sådant tillstånd vid inskrivningstillfället att de inte kan ta till sig information och samtycka till informationsöverföringen.

För att säkerställa vård- och omsorgsplaneringen anser regeringen att beräknad tidpunkt för utskrivning bör anges i inskrivningsmeddelandet utan hinder av sekretess. Som ovan anges ska ett inskrivningsmeddelande enligt nuvarande reglering innehålla patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress. Som utredningen angav kan man redan av den informationen dra slutsatsen att det är en person som ges vård och som kan komma att behöva fortsatt vård eller omsorg. Frågan är då när i tid denna vård eller omsorg behöver tillhandahållas. En bedömning om när vård inte längre kommer att behövas inom slutna vård bör i sammanhanget inte vara av så integritetskänslig natur att inskrivningsmeddelandet inte ska innehålla den uppgiften. Därtill kommer att verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten omfattas av stark sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen. Dessutom är det en uppgift av vikt för planeringen av den fortsatta vården och omsorgen. Några remissinstanser, däribland *Handikappförbunden* och *Kristianstads kommun* anser att det inte är realistiskt att redan vid inskrivningen, inom 24 timmar, göra en prognos för utskrivningstidpunkt. För den enskilda patienten kan det också vara svårt att ta ställning till behov av hjälp i ett tidigt skede. Regeringen har förståelse för att bedömningen i vissa fall kan vara svår att göra och delar

Socialstyrelsens bedömning om att bestämmelsen bör kompletteras så att det tydliggörs att om den beräknade tidpunkten för utskrivning ändras ska berörda enheter informeras så snart som möjligt. Regeringen finner sammantaget att det för att bättre möjliggöra för mottagande berörda enheter att planera för den enskildes utskrivning finns fördelar med att inskrivningsmeddelandet innehåller en bedömning om när patienten kan skrivas ut.

Uppgift om inskrivningsorsak

När det gäller uppgift om inskrivningsorsak har utredningen bedömt att en sådan kan vara viktig att snabbt få ta del av för berörda enheter. Ett exempel kan vara uppgifter om att den enskilde ramlat och skadat sig, vilket gör att berörda verksamheter på ett tidigt stadium får möjlighet att förbereda sådan rehabilitering, hjälpmedel och eventuella anpassningsåtgärder som i normalfallet behövs.

Åre kommun bedömer att inskrivningsorsak inte ska finnas med i inskrivningsmeddelandet då dessa uppgifter inte alltid visar på den enskildes behov av insatser efter utskrivning. I små kommuner där ”alla känner alla” kan ett inskrivningsmeddelande med orsak upplevas integritetskränkande, till exempel om patienten inte samtyckt och senare inte vill ha insatser från kommunen eller den öppna hälso- och sjukvården.

Regeringens uppfattning är att inskrivningsorsak – dvs. uppgifter om diagnos, status och annan medicinsk information – typiskt sett innefattar känsliga personuppgifter och att ett utlämnande utan patientens samtycke utgör ett betydande integritetsintrång för denne. Utredningen om betalningsansvarslagen ansåg att vid en bedömning av den integritetskränkning som kan uppstå vid uppgiftsöverlämnandet och jämfört med möjligheterna att kunna erbjuda en bättre och effektivare vård och omsorg till dessa patienter, så överstiger värdet av en bättre och effektivare vårdprocess vida förslagets påverkan på den enskildes personliga integritet. Regeringen sympatiserar med utredningens önskan om att säkerställa att vården och omsorgen blir så trygg och processen så effektiv som möjligt, men menar att en sådan önskan inte nödvändigtvis kan sanktionera sådana ingrepp och intrång i den personliga sfären. Den utveckling som regeringen önskar se går i stället mot en större delaktighet för patienten och ska vila på respekt för den enskilde. Det är dessutom så att efter det att inskrivningsmeddelandet skickats kan de enheter som bedöms vara berörda komma att ändras. Ingenting hindrar den slutna vården från att med stöd av samtycke från patienten ändå skicka information om inskrivningsorsak redan vid inskrivningen.

Regeringens förslag innebär därför att inskrivningsmeddelandet inte ska innehålla uppgift om inskrivningsorsak. Som utredningen påtalar är uppgift om inskrivningsorsak dessutom något som de berörda enheterna i kommunen och landstinget ändå kommer att få ta del av under

planeringen av den omsorg som kan komma att erbjudas efter utskrivning.

5.5.4 Personuppgifter, sekretess och sammanhållen

journal

Regeringens förslag: I offentlighets- och sekretesslagen ska en sekretessbrytande bestämmelse införas om att sekretess enligt 25 kap. 1 § nämnda lag inte hindrar att en uppgift lämnas till en enskild enligt vad som föreskrivs i den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård om inskrivningsmeddelandet och ny beräknad tidpunkt för utskrivning.

Utredningens förslag: Regeringens förslag innebär att en sekretessbrytande bestämmelse införs i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) till skillnad från utredningens förslag som innebär att en sekretessbrytande regel införs i den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Remissinstanserna: Flera remissinstanser, däribland *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* och *Kalmar läns landsting* menar att om sekretesslättningen endast ska avse inskrivningsmeddelandet ska detta framgå av lagtexten. *SKL* pekar även på att med nuvarande lagstiftning på området får privata enheter inte hantera och utbyta uppgifter med de offentligt drivna verksamheterna på samma sätt som de senare får göra sinsemellan. *Datainspektionen* avstyrker förslaget till sekretessbrytande bestämmelse eftersom utredningen inte redovisat några skäl för en generell sekretessbrytande bestämmelse och de skäl som redovisas gällande patienter som vid inskrivningen inte kan lämna samtycke inte kan anses motivera det intrång i den enskildes personliga integritet som införandet av en sådan bestämmelse skulle innebära. *Datainspektionen* pekar även på att flera förutsättningar måste vara uppfyllda för att informationsöverföring ska kunna ske genom sammanhållen journalföring. Det framgår inte av förslagen hur utredningen resonerat kring huruvida dessa förutsättningar kan anses uppfyllda eller inte. Enligt gällande lagstiftning måste en bedömning av om förutsättningarna för direktåtkomst enligt patientdatalagen är uppfyllda ske i varje enskilt fall. *Socialstyrelsen* föreslår att den sekretessbrytande bestämmelsen placeras i anslutning till övriga bestämmelser som bryter hälso- och sjukvårdssekretess i 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen. *Inspektionen för vård och omsorg, IVO* föreslår bl.a. att bestämmelsen i förslagets 12 § kan hänvisa till exempelvis bestämmelserna om "inre sekretess" i 4 kap. 1 § patientdatalagen och reglerna i 25 kap. 13 § offentlighets- och sekretesslagen om de möjligheter som finns att lämna ut uppgifter till annan myndighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. På så sätt skulle sekretessreglerna placeras i ett mer överblickbart sammanhang och ge bättre vägledning i vad som gäller och under vilka förutsättningar. *Dalarnas läns landsting* menar att det är

problematiskt att ett inskrivningsmeddelande skickas där personalia, inskrivningsorsak och beräknad tidpunkt för utskrivning anges – utan att patientens samtycke inhämtas. Landstinget ser fram emot en lagstiftning som säkrar och underlättar informationsutbyte mellan huvudmän. *Norrtälje kommun* anser att om avsedd effekt ska nås är det en förutsättning att nödvändig information kan ges till öppenvården för att tidigt påbörja planeringen för utskrivning och hemgång. Lagen måste innehålla bestämmelser som tillåter att integritetskänslig information kan lämnas utan att samtycke har inhämtats eller lämnats från den enskilde. Utan dessa förutsättningar blir det svårt att nå de effekter till skyndsam planering och minskade ledtider i sluten vård som betänkandet vill uppnå.

Skälen för regeringens förslag

Information som ska lämnas

Som anges i ovan avsnitt får ett inskrivningsmeddelande med uppgifter om namn, personnummer och folkbokföringsadress överlämnas utan hinder av sekretess enligt 15 § betalningsansvarslagen. I propositionen Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet (prop. 2002/03:20 s. 34 f.) framförde regeringen att det är motiverat att den behandlande läkaren i samband med inskrivningen underrättar de enheter som kan bli aktuella för hjälpinsatser efter utskrivningen och att vissa uppgifter utan hinder av sekretess får överlämnas till kommunen.

Utredningen om betalningsansvarslagen föreslår att inskrivningsmeddelandet även ska innehålla upplysningar om inskrivningsorsak och beräknad tidpunkt för utskrivning. Utredningen gör bedömningen att det är viktigt att berörda enheter snabbt får kännedom om denna information för att kunna förbereda verksamheterna att ta emot patienten efter utskrivning. Utredningen finner att den utvidgning av uppgifter som ska lämnas inte nämnvärt utvidgar det intrång i den personliga integriteten som är tillåten enligt gällande lagstiftning. *Datainspektionen* avstyrker utredningens förslag till sekretessbrytande bestämmelse och har beträffande utredningens resonemang menat att utskrivning av en patient som är i ett sådant skick att samtycke inte kan inhämtas vid inskrivning bör ligga så långt fram i tiden att det kan ifrågasättas om mottagande enhet drabbas nämnvärt negativt om informationen dröjer till dess att ett samtycke kan inhämtas. *Datainspektionen* anför även att det inte framgår av betänkandet hur vanligt förekommande det är att patienter som skrivs in är i sådant skick att ett giltigt samtycke inte kan inhämtas vid inskrivningen. *Datainspektionen* anser därför att det är svårt att bilda sig en uppfattning om vilket konkret behov som det finns av en sådan bestämmelse som föreslås. Vidare påpekar *Datainspektionen* att det som föreslås inte är en bestämmelse om möjlighet att bryta sekretess då samtycke inte kan inhämtas, utan en generellt sekretessbrytande bestämmelse samt att utredningen inte har redovisat några skäl för en sådan. Regeringen kan

här konstatera att målgruppen för betalningsansvarslagen och den nya lagen många gånger består av äldre, sköra personer med stora vård- och omsorgsbehov. Allt fler bor kvar i det egna hemmet längre än tidigare, ofta är det de allra sjukaste som bor i kommunens särskilda boende. Att en patient som skrivs in på sjukhus har sviktande kognitiva förmågor och svårigheter att lämna ett samtycke till informationsöverföring bör därför inte vara helt ovanligt för målgruppen. Svårigheter att lämna samtycke är i dessa fall sällan snabbt övergående.

Personuppgiftsbehandling

Regeringens förslag innebär att ett inskrivningsmeddelande med patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress och beräknad utskrivningsdag ska skickas från den slutna vården till berörda enheter inom den landstingsfinansierade öppna vården, den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vidare föreslås att uppgifter om ny beräknad tidpunkt för utskrivning ska skickas till berörda enheter (jfr avsnitt 5.5.3).

Datainspektionen anför att när det gäller automatiserad behandling av personuppgifter har de grundläggande rättigheterna för den enskildes rätt till privatliv preciserats i det så kallade dataskyddsdirektivet 95/46/EG. Detta direktiv är genomfört i svensk rätt framförallt genom personuppgiftslagen (1998:204), men även genom de s.k. registerförfattningarna, såsom exempelvis patientdatalagen (2008:355) och lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Eftersom det i betänkandet inte redovisas några skäl överhuvudtaget för en generellt sekretessbrytande bestämmelse och de skäl som redovisas i fråga om patienter som vid inskrivningen inte kan lämna samtycke inte kan anses motivera det intrång i den personliges integritet som införandet av en sådan bestämmelse skulle innebära, avstyrker *Datainspektionen* förslaget i den delen.

Personuppgiftsbehandling inom hälso- och sjukvården

Inom den slutna vården behandlas uppgifter med stöd av patientdatalagen. Den lagen reglerar personuppgiftsbehandlingen i den individinriktade patientvården inom hälso- och sjukvården. Enligt 2 kap. 4 § patientdatalagen får personuppgifter behandlas bl.a. för administration som syftar till att ge vård i enskilda fall och av 2 kap. 5 § följer att uppgifter som behandlas för ett ändamål som anges i 2 kap. 4 § även får behandlas för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning. Av 2 kap. 5 § andra meningen framgår att uppgiftslämnande även får ske enligt den s.k. finalitetsprincipen i 9 § första stycket i personuppgiftslagen. Finalitetsprincipen innebär att personuppgifter som redan finns i hälso- och sjukvårdsverksamheten får behandlas för andra ändamål än dem för vilka de har samlats in under förutsättning att de nya ändamålen är förenliga med de tidigare ändamålen.

Förslaget att i lag ange att ett inskrivningsmeddelande ska skickas till berörda enheter innebär att den slutna vården kan fullgöra uppgiftslämnande i enlighet 2 kap. 5 § patientdatalagen.

I detta sammanhang kan det även nämnas att uppgifterna i ett inskrivningsmeddelande omfattas av sekretess enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL. I enskild verksamhet omfattas uppgifterna av tystnadsplikt enligt 6 kap. 12–14 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

Personuppgiftsbehandling inom socialtjänsten

De uppgifter som lämnas till socialtjänsten kommer att omfattas av lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Enligt 6 § den lagen får personuppgifter bara behandlas om behandlingen är nödvändig för att arbetsuppgifter inom socialtjänsten ska kunna utföras. En närmare reglering finns i förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. I den förordningen framgår att en kommunal myndighet får behandla personuppgifter som bl.a. rör handläggning av ärenden om bistånd och annat stöd samt genomförande av beslut om bistånd, stödinsatser, vård och behandling samt annan social service som följer av bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453), handläggning av ärenden och annan verksamhet som följer av bestämmelserna i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall samt handläggning av ärenden om insatser och för särskilda uppgifter som följer av bestämmelserna i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. De personuppgifter som socialtjänsten får i ett inskrivningsmeddelande får således behandlas med stöd av nämnda lagstiftning.

Det bör också nämnas att uppgifter inom socialtjänsten omfattas av sekretess enligt 26 kap. 1 § OSL. Till socialtjänst i OSL:s mening hänförs den verksamhet som regleras i ovan angivna lagar. I enskild verksamhet omfattas uppgifterna av tystnadsplikt i enlighet med 15 kap. 1 § socialtjänstlagen. En motsvarande regel finns i 29 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Avvägning mellan intresset av att lämna ut uppgifter och intresset av att skydda enskilda personers integritet

När man som i det aktuella fallet avser att införa en underrättelseskyldighet i lag bör en avvägning ske mellan intresset av att uppgiften lämnas ut och intresset av att skydda enskilda personers integritet.

Att skicka ett inskrivningsmeddelande till berörda enheter om att en patient kan komma att behöva vård och omsorg efter utskrivning från slutna vård är en viktig förutsättning för planeringen så att patienten ska erbjudas den vård och omsorg som han eller hon kan komma att behöva. Inskrivningsmeddelandet skickas således för att göra den efterföljande

vården och omsorgen möjlig. Denna administration, som syftar till att möjliggöra fortsatt god vård och omsorg, är mycket viktig för den enskilde och behandlingen tillgodoser även ett angeläget samhällligt intresse. I detta sammanhang kan det även beaktas att det är begränsade uppgifter som ett inskrivningsmeddelande ska innehålla och det bör understrykas att uppgifterna omfattas av tystnadsplikt eller sekretess hos mottagarna. Vid en avvägning mellan det intrång i den enskildes personliga integritet som utlämnande av uppgifterna kan innebära och behovet av att möjliggöra den vård och omsorg en patient kan behöva efter utskrivning får inskränkningen av den enskildes integritet anses acceptabel. Genom att i lag ange att detta inskrivningsmeddelande ska skickas kan uppgifterna skickas i enlighet med patientdatalagens bestämmelse i 2 kap. 5 § första meningen. Vidare gäller den föreslagna bestämmelsen framför bestämmelserna i personuppgiftslagen (2 § personuppgiftslagen).

Den 27 april 2016 antog Europaparlament och Europeiska unionens råd förordningen (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG. Denna EU-förordning ska börja tillämpas den 25 maj 2018. Regeringen har tillsatt en utredning om dataskyddsförordningen och behandlingen av personuppgifter och anpassningar av författningar inom Socialdepartementets verksamhetsområde (S 2016:05). Utredningen ska lämna sitt betänkande den 31 augusti 2017. De eventuella anpassningar av den nya lagen som kan vara behövliga med anledning av den nya EU-förordningen får därför behandlas separat.

Sekretess och samtycke

Som ovan nämns omfattas uppgifterna i inskrivningsmeddelandet av sekretess enligt 25 kap. 1 § OSL. Enligt den bestämmelsen gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Sekretess hindrar dock inte att uppgifterna lämnas om det står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. I förarbetena till bestämmelsen anges att detta skaderekvisit medger att en uppgift lämnas från en läkare till en annan eller från en vårdinrättning till en annan, om det behövs i rent vårdsyfte. Vidare anför det att visst utrymme även finns att lämna uppgifter till en annan vårdsektor i syfte att bistå en patient (prop. 1979/80:2 Del A s. 168). Uppgifter som omfattas av bestämmelser om sekretess får även lämnas ut om det sker med samtycke av patienten (10 kap. 1 § och 12 kap. 2 § OSL).

Dalarnas läns landsting menar att det är problematiskt att ett inskrivningsmeddelande skickas där personalia, inskrivningsorsak och beräknad tidpunkt för utskrivning anges – utan att patientens samtycke inhämtas. Landstinget ser fram emot en lagstiftning som säkrar och underlättar informationsutbyte mellan huvudmän. *Norrälje kommun*

anser å andra sidan att om avsedd effekt ska nås är det en förutsättning att nödvändig information kan ges till öppenvården för att tidigt påbörja planeringen för utskrivning och hemgång. Lagen måste innehålla bestämmelser som tillåter att integritetskänslig information kan lämnas utan att samtycke har inhämtats eller lämnats från den enskilde. Utan dessa förutsättningar blir det svårt att nå de effekter till skyndsam planering och minskade ledtider i slutenvården som betänkandet vill uppnå.

Utgångspunkten för all vård och behandling är ett väl utvecklat samarbete med patienten själv och, i förekommande fall, hans eller hennes närstående. Det ankommer därför såväl på hälso- och sjukvården som socialtjänsten att först och främst prata med patienten och efterfråga hans eller hennes inställning till att uppgiftslämnande sker. Det finns emellertid situationer där patientens samtycke inte kan inhämtas. De patienter som den föreslagna lagstiftningen ska stödja är många gånger äldre, sköra och med kognitiva nedsättningar. Deras hälsotillstånd är sådant att samtycke inte alltid kan inhämtas. Samtidigt är det viktigt att, oavsett om patientens samtycke kan inhämtas eller inte, den fortsatta vården och omsorgen kan planeras så att patienten kan beredas de insatser som han eller hon behöver när det inte längre finns behov av slutenvård. Uppgifterna i inskrivningsmeddelandet ska därför kunna skickas även utan patientens samtycke.

Sekretessbrytande regler

Ovan föreslagna bestämmelse om att den slutna vården ska överföra viss information till berörda enheter får en sekretessbrytande effekt enligt 10 kap. 28 § OSL. Detta innebär att uppgifterna kan lämnas ut utan samtycke. Denna sekretessbrytande effekt omfattar dock endast uppgifter som lämnas till den hälso- och sjukvård samt socialtjänst som bedrivs i offentlig regi och omfattar inte enheter som drivs i enskild regi. Landstingen är sedan den 1 januari 2010 skyldiga att erbjuda sina invånare valfrihetssystem inom primärvården. Det medför att andelen vård-

centraler i Sverige som drivs i privat regi är förhållandevis stor. Det finns också en mängd vårdgivare som driver öppen vård i enlighet med lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Även vissa kommunala verksamheter såsom exempelvis hemtjänst och hemsjukvård bedrivs i privat regi. Det är därför av vikt för patientens fortsatta omhändertagande att även enheter som drivs i enskild regi får ta emot ett inskrivningsmeddelande i samma omfattning som övriga enheter. Alla ovan nämnda verksamheter drivs med offentliga medel.

Som anges i avsnitt 5.5.1 bör antalet mottagare till ett inskrivningsmeddelande i normalfallet inte vara fler än två eller tre. Det bör också i många fall vara klarlagt redan vid inskrivning i slutenvården vilka dessa enheter är.

Ytterligare en sekretessbrytande bestämmelse och dess placering

Utredningen har föreslagit att en regel om undantag från sekretess införs i den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. *Socialstyrelsen* anser att den sekretessbrytande bestämmelsen i stället bör placeras i anslutning till övriga bestämmelser som bryter hälso- och sjukvårdssekretess i 25 kap. OSL. *Inspektionen för vård och omsorg*, *IVO* anser bl.a. att bestämmelsen kan hänvisa till exempelvis bestämmelserna om "inre sekretess" i 4 kap. 1 § patientdatalagen och reglerna i 25 kap. 13 § OSL om de möjligheter som finns att lämna ut uppgifter till annan myndighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. På så sätt skulle sekretessreglerna placeras i ett mer överblickbart sammanhang och ge bättre vägledning i vad som gäller och under vilka förutsättningar. Flera remissinstanser, däribland *SKL* och *Kalmar läns landsting* menar att om sekretesslätnaden endast ska avse inskrivningsmeddelandet ska detta framgå av lagtexten. *SKL* pekar även på att med nuvarande lagstiftning på området får privata enheter inte hantera och utbyta uppgifter med de offentligt drivna verksamheterna på samma sätt som de senare får göra sinsemellan.

En uppgift för vilken sekretess gäller enligt OSL får inte röjas för enskilda om inte annat anges i OSL eller i lag eller förordning som OSL hänvisar till (8 kap. 1 § OSL). I 25 kap. finns sekretessbrytande regler gentemot den hälso- och sjukvårdssekretess som anges i 25 kap. 1 § OSL. Med stöd av dessa bestämmelser kan enheter som bedriver vård och omsorg i enskild regi få ta emot uppgifter som omfattas av sekretess. En sådan bestämmelse är 25 kap. 13 § OSL som anger att om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut hindrar inte sekretess enligt 25 kap. 1 § OSL att en uppgift om en enskild som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd får lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet på socialtjänstens område. Bestämmelsen infördes mot bakgrund av de patientsäkerhetsaspekter som gör sig gällande när vårduppgifter om en enskild i allt större utsträckning sprids på allt fler vårdgivare och de brister i omhändertagandet som finns i integrerade verksamheter, därför att information om den enskilde på grund av sekretessen inte alltid kan förmedlas mellan de olika verksamheterna i tillräcklig utsträckning.

Den nu aktuella situationen avser emellertid att i ett tidigt stadium underrätta berörda enheter om att en patient kan komma att behöva insatser vid utskrivningen från den slutna vården. För att undvika tolkningsproblem om huruvida uppgiften behövs för att patienten ska få nödvändig hälso- och sjukvård och socialtjänst eller inte, bör en sekretessbrytande bestämmelse införas i 25 kap. OSL.

I 25 kap. 11 § 6 OSL finns en sekretessbrytande bestämmelse som innebär att sekretess enligt 25 kap. 1 § inte hindrar att uppgift lämnas till

en enskild enligt vad som föreskrivs i de lagar och förordningar som anges under den punkten. Bland de lagar som listas där finns exempelvis lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

I den bestämmelsen bör det anges att sekretess enligt 25 kap. 1 § OSL inte hindrar att en uppgift lämnas till en enskild enligt vad som föreskrivs i 2 kap. lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Därmed kan ett inskrivningsmeddelande och en underrättelse om ny beräknad tidpunkt för utskrivning lämnas även till berörda enheter som drivs i privat regi utan hinder av sekretess.

Tystnadsplikt

För vårdinrättningar där patienten är föremål för slutna vård som bedrivs i enskild regi omfattas uppgifterna i inskrivningsmeddelandet av tystnadsplikt enligt 6 kap. 12–14 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659). Av dessa bestämmelser framgår dock att tystnadsplikten inte hindrar att uppgifter lämnas ut enligt en uppgiftsskyldighet som anges i lag eller förordning. De föreslagna bestämmelserna om inskrivningsmeddelande och underrättelse om ny beräknad tidpunkt för utskrivning innefattar sådana uppgiftsskyldigheter som medför att tystnadsplikten inte hindrar ett utlämnande av dessa uppgifter.

Sammanhållen journalföring

Enligt utredningen ska det – om berörda enheter har sammanhållen journalföring eller andra tekniska lösningar som möjliggör att berörda parter har tillgång till väsentliga uppgifter om patienten – räcka om den behandlande läkaren meddelar berörda enheter att det finns ny information om patienten. Själva innehållet i inskrivningsmeddelandet skulle i dessa fall inte behöva skickas så länge berörda enheter på annat sätt kan ta del av de uppgifter som krävs enligt bestämmelsen.

Datainspektionen framhåller i sitt remissyttrande att det krävs att vissa förutsättningar föreligger för att en vårdgivare ska få ta del av patientuppgifter genom sammanhållen journalföring. Direktåtkomst får enligt patientdatalagen endast ske för ändamålen vårdokumentation och patientadministration, vidare krävs enligt samma lag att den vårdgivare som bereder sig tillgång till patientuppgifter inom ramen för sammanhållen journalföring dels har en aktuell patientrelation med patienten, dels har fått patientens samtycke till direktåtkomsten. Uppgifterna ska dessutom antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla skador och sjukdomar hos patienten. En bedömning av om förutsättningarna för direktåtkomst enligt patientdatalagen är uppfyllda måste ske i varje enskilt fall. *Datainspektionen* pekar på att utredningens förslag saknar resonemang om huruvida dessa förutsättningar är uppfyllda eller inte. Regeringen instämmer i vad *Datainspektionen* framför och kan konstatera att det inom ramen för gällande lagstiftning finns begränsningar vad gäller möjligheter att överföra den aktuella informationen genom sammanhållen journalföring.

5.6 Fast vårdkontakt

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

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. Utredningens förslag innehåller inte något förtydligande om att i de fall patienten redan har en fast vårdkontakt vid enheten ska denne fortsätta att vara patientens fasta vårdkontakt.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inga invändningar mot förslagen. Flera remissinstanser, däribland *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)*, *Västerbottens läns landsting*, *Kalmar läns landsting*, *Botkyrka kommun* och *Värmlands läns landsting* påpekar att det måste vara möjligt för patienten att avstå fast vårdkontakt och att det är viktigt att klargöra hur samverkan kring vårdplaneringen ska organiseras. SKL och Värmlands läns landsting anser att detta är en fråga som bör regleras i de lokala överenskommelserna mellan huvudmännen. *Simrishamns kommun* anser att en förutsättning för förslagets genomförande är att öppenvården/primärvården har resurser och metoder för att vara en aktiv samverkanspartner både avseende att ta det medicinska ansvaret och att stödja den kommunala hälso- och sjukvården. *Sveriges Pensionärs Riksförbund, SPRF* anser att primärvården behöver tillföras ökade resurser samt ökad geriatrisk kompetens med hänsyn till att antalet äldre ökar kraftigt åren framöver. Ett par remissinstanser, bl.a. *Vårdförbundet* pekar på att det för många patienter är lämpligt att ha sin fasta vårdkontakt i den kommunala hälso- och sjukvården. Flera av de patienter som avses kan redan ha en fast vårdkontakt i den kommunala hälso- och sjukvården och det vore olyckligt om en redan fungerande relation bröts upp eller att begreppet blev otydligt. Flera remissinstanser, bl.a. *Malmö kommun*, *Simrishamns kommun*, *Arboga kommun*, *RSMH Stockholms län* och *Köpings kommun/Kolsva kommundel* anser att den fasta vårdkontakten ska vara patientens ansvariga läkare. *Enköpings kommun* anser att det kan uppstå problem med att det finns flera fasta vårdkontakter. Det motverkar dessutom delvis syftet med att ha en fast vårdkontakt, såsom samordning och kontinuitet. Även *Akademikerförbundet SSR* och *Östergötlands läns landsting* menar att resonemanget om flera fasta vårdkontakter är otydligt. *Socialstyrelsen* påpekar att en patient kan ha flera fasta vårdkontakter. För att göra bestämmelsen tydligare bör det anges att en fast vårdkontakt ska utses om patienten inte redan har en sådan inom den landstingsfinansierade öppna vården.

Skälen för regeringens förslag

De patienter som omfattas av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård har typiskt sett stora behov av trygghet, kontinuitet och samordning i vården. Sedan 2010 finns en särskild bestämmelse i 29 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, om att verksamhetschefen ska se till att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. I förarbetena till bestämmelsen konstaterade regeringen att en fast vårdkontakt kan stärka patientens ställning. Det innebär att patienten får en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vård och hjälpa till att samordna vårdens insatser, se prop. 2009/10/67, s. 59 f. Nämnade hälso- och sjukvårdslag kommer emellertid att ersättas av en ny hälso- och sjukvårdslag som träder i kraft den 1 april 2017. Bestämmelsen i 29 a § kommer inte att föras över till den nya lagen utan avsikten är i stället att föra in bestämmelsen i förordning eller myndighetsföreskrift. En bestämmelse om fast vårdkontakt finns dock även i 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821) där det anges en fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillse hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Regeringen menar att det vid tillämpningen av den nya lagen bör säkerställas att en fast vårdkontakt som huvudregel utses för den enskilde och föreslår att detta ska framgå direkt av den nya lagen.

Ett tydligt syfte som utredningen har haft med sitt förslag är att skapa en större delaktighet från den landstingsfinansierade öppna vården – ofta primärvården – i den fortsatta planeringen för patienten. Regeringen delar utredningens ambition. I avsnitt 5.5 föreslår regeringen även att ett inskrivningsmeddelande ska sändas till den landstingsfinansierade öppna vården om den behandlande läkaren bedömer att en patient kan komma att behöva insatser från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården.

Sveriges Pensionärs Riksförbund, SPRF anser att primärvården behöver tillföras ökade resurser samt ökad geriatrisk kompetens med hänsyn till att antalet äldre ökar kraftigt åren framöver och ett par remissinstanser, bl.a. *Simrishamns kommun* har lyft frågan om primärvården har tillräckliga resurser för att kunna vara en aktiv samarbetspartner. Hur landstinget fördelar resurser och specialister mellan den slutna och den öppna vården är inte en fråga som regeringen rör över. Regeringen konstaterar dock att om det finns en väl fungerande process vid utskrivning bör exempelvis onödiga återinläggningar i slutna vård kunna undvikas. Ett effektivt och samordnat arbetssätt kan således både skapa trygghet för den enskilde och frigöra resurser för landstinget.

Patientens delaktighet

På samma sätt som i avsnitt 5.5.3 vill regeringen framhålla vikten av den enskilda patientens delaktighet och rätt till självbestämmande. Flera remissinstanser, däribland *SKL*, *Västerbottens läns landsting*, *Kalmar läns landsting*, *Botkyrka kommun* och *Värmlands läns landsting* påpekar att det måste vara möjligt för patienten att avstå från fast vårdkontakt och att det är viktigt att klargöra hur samverkan kring vårdplaneringen då ska organiseras. *SKL* och *Värmlands läns landsting* anser att detta är en fråga som bör regleras i de lokala överenskommelserna mellan huvudmännen.

Det är verksamhetschefens skyldighet att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen ska vara den person som patienter, anhöriga, personal och tillsynsmyndigheter kan vända sig till när det gäller frågor om verksamheten och som ansvarar för att det medicinska omhändertagandet av patienten uppfyller kraven på god vård, jfr prop. 2009/10:67 s. 80 f. Patientens delaktighet tillgodoses dels genom att patienten själv kan begära och få en fast vårdkontakt utsedd – även när verksamhetschefen inte bedömer att det finns något behov av det, dels genom att verksamhetschefen så långt det är möjligt ska samråda med och respektera patientens önskemål när den person som ska vara patientens fasta vårdkontakt utses (a prop.

s. 61 f.) Att utse en fast vårdkontakt för en enskild bör därmed initialt få anses vara en rent administrativ åtgärd. Det är verksamhetschefens ansvar att säkerställa patientens behov av trygghet och samordning etc. Det är först när insatser för den enskilde ska utföras som samtycke ska inhämtas. Som det anges i förarbetena förutsätter samordning av insatser och förmedling av information med t.ex. andra myndigheter samtycke från patienten och att allmänna bestämmelser om sekretess beaktas (se a prop. s. 62).

En eller flera fasta vårdkontakter?

Regeringen har tidigare framfört att då vissa patienter har kontakter med flera olika delar av sjukvården, olika enheter, vårdgivare och kommunal och landstingskommunal hälso- och sjukvård kommer troligen vissa patienter att få mer än en fast vårdkontakt. De fasta vårdkontakterna ska då tillsammans kunna samverka och samordna insatser för en enskild patient (prop. 2009/10:67 s. 62). Några remissinstanser har ifrågasatt detta. *Enköpings kommun* t.ex. anser att det kan uppstå problem med att det finns flera fasta vårdkontakter och att detta delvis motverkar syftet med att ha en fast vårdkontakt, såsom samordning och kontinuitet. Även *Akademikerförbundet SSR* och *Östergötlands läns landsting* menar att resonemanget om flera fasta vårdkontakter är otydligt. Regeringens uppfattning är emellertid att systemet, som innebär att fasta vårdkontakter kan utses hos de olika vårdenheter som patienten har kontakt med och att dessa tillsammans kan skapa ett samordnat vårdflöde för patienten, stöder syftet med funktionen.

Socialstyrelsen påpekar i remissvaret att en patient kan ha flera fasta vårdkontakter. För att göra bestämmelsen tydligare bör det anges att en fast vårdkontakt ska utses om patienten inte redan har en sådan *inom den landstingsfinansierade öppna vården*. Regeringen delar Socialstyrelsens uppfattning. Det är emellertid möjligt att en patient redan har flera fasta vårdkontakter i den landstingsfinansierade öppna vården – t.ex. en i primärvården och en i den öppna specialiserade vården. Regeringen föreslår därmed att om patienten redan har en fast vårdkontakt vid den enhet som har tagit emot inskrivningsmeddelandet, ska denne fortsätta att vara patientens fasta vårdkontakt. Genom att ange att det handlar om att utse en fast vårdkontakt vid just den enheten tydliggörs dessutom att fasta vårdkontakter redan kan finnas inom andra enheter och i andra delar av vården, t.ex. inom kommunens hälso- och sjukvård. *Vårdförbundet* pekar på att det för många patienter är lämpligt att ha sin fasta vårdkontakt i den kommunala hälso- och sjukvården. Flera av de patienter som avses kan redan ha en fast vårdkontakt i den kommunala hälso- och sjukvården och det vore olyckligt om en redan fungerande relation bröts upp eller att begreppet blev otydligt. Regeringens förslag innebär inte att befintliga fasta vårdkontakter i exempelvis den kommunala hälso- och sjukvården skulle behöva brytas upp. Det är snarare en stor fördel för den enskilde om en sådan redan är utsedd då denna kan bidra till samordning med den landstingsfinansierade öppna vården.

Ökad kännedom om funktionen fast vårdkontakt

Ett problem i sammanhanget är enligt regeringen att reglerna om fast vårdkontakt ännu inte är tillräckligt kända i hälso- och sjukvårdens verksamheter. Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att följa upp bestämmelserna om fast vårdkontakt. Uppföljningen redovisades 2012 och visar bl.a. att majoriteten av de tillfrågade vårdcentralerna har uppgett att de inte har haft några patienter som tilldelats en fast vårdkontakt sedan lagändringen. Vidare hade enligt uppföljningen endast en av fem vårdcentraler tagit fram rutin eller modell för hur en fast vårdkontakt ska arbeta. Som ett resultat av uppföljningen publicerade Socialstyrelsen 2012 ett meddelandeblad (Patientens rätt till fast vårdkontakt – verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning, nr 9/2012) som riktar sig till kommuner och landsting, verksamhetschefer m.fl. Socialstyrelsen har också tagit fram handboken *Min guide till säker vård*, som främst riktar sig till patienter som får upprepade vård och behandling och som innehåller utförlig information om fast vårdkontakt. I syfte att ytterligare öka kunskapen och förståelsen kring hur en fast vårdkontakt kan arbeta gav regeringen i december 2015 Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta vägledningar avseende organisation och arbetssätt när det gäller fast vårdkontakt. Uppdraget ska redovisas senast den 31 oktober 2017.

Vem ska kunna utses som fast vårdkontakt?

I förarbetena till 29 a § HSL tydliggjorde regeringen att en bedömning av vem som bör utgöra en patients fasta vårdkontakt ska grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose behovet. Därför skulle en fast vårdkontakt kunna vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det skulle också i vissa fall kunna vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. För patienter med vissa sjukdomstillstånd skulle dock en fast vårdkontakt behöva vara en läkare, t.ex. för att följa en kronikers sjukdomsförlopp under en längre tid. Utifrån detta resonemang avstod regeringen från att specificera den fasta vårdkontaktens profession i lagtexten (prop. 2009/10:67 s. 61 f.).

Flera remissinstanser, bl.a. *Malmö kommun*, *Simrishamns kommun*, *Arboga kommun*, *RSMH Stockholms län* och *Köpings kommun/Kolsva kommun* anser att den fasta vårdkontakten ska vara patientens ansvariga läkare. Regeringen kan konstatera att det utifrån målgruppens karaktär och tidigare förarbetsuttalanden i många fall kan finnas ett behov av att utse just en läkare som fast vårdkontakt men att det är patientens behov som ska få avgöra i det enskilda fallet. Regeringen ser därför ingen anledning att reglera vilken yrkeskategori som ska kunna utses som fast vårdkontakt i detta sammanhang.

5.7 Planering av insatser inför patientens utskrivning

Regeringens förslag: När en berörd enhet inom socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården har fått ett inskrivningsmeddelande, ska enheten börja sin planering av de insatser som är nödvändiga för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården och efter utskrivningen få sina behov av socialtjänst eller hälso- och sjukvård tillgodosedda.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. I regeringens förslag förtydligas det att det är enheternas egna planering som avses i bestämmelsen.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inga invändningar mot förslaget. Fler remissinstanser, bl.a. *Kommunerna i Stockholms län (KSL)* framhåller att socialtjänsten inte får inleda en utredning utan den enskildes samtycke och en ansökan. *Huddinge kommun* menar också att ett inskrivningsmeddelande inte är tillräckligt för att socialtjänsten ska kunna påbörja en utredning. *Simrishamns kommun* anser att aktuellt rättsläge inte medger möjlighet att bevilja insatser utan individuell biståndsbedömning vilket inte gör det möjligt att fatta så kallade rambeslut. Kommunen finner det anmärkningsvärt att det saknas resonemang kring socialtjänstlagens

grunder – nämligen den enskildes delaktighet och inflytande i planeringen samt att utgångspunkten för vilka insatser som ska beviljas och planeras efter utskrivning är den enskildes egen ansökan om bistånd. *Kommunförbundet Norrbotten* påtalar att en biståndsutredning är omfattande och tidskrävande – om förslaget ska kunna genomföras på ett smidigt och effektivt sätt för de målgrupper som har omfattande insatser från socialtjänsten fordras förändringar. Med förkortade ledtider krävs därför en möjlighet till tillfälliga beslut som revideras efter fullständig utredning. *Kalmar kommun* påpekar att det finns en risk för att målgruppen personer med psykiatrisk problematik, trots stora behov av samordnade insatser, exkluderas på grund av att de själva inte alltid anser att behov av samordning finns. Kommunen kan då lämnas med betalningsansvar samt eget ansvar att tillgodose den enskildes behov. *Östersunds kommun* påpekar att det av förslaget framgår att socialtjänsten och andra berörda enheter för sin del måste ha utrett, beslutat och planerat för verkställighet innan patienten lämnar den slutna vården. Det innebär att den samverkan mellan berörda enheter som behövs inför att patienten skrivs ut helt skjuts fram till den samordnade individuella planeringen som genomförs i ett långt senare skede. *Botkyrka kommun* anser att man i förslaget tydligt bör skriva in när en samordnad individuell planering är en förutsättning för att patienten ska kunna skrivas ut. För flera patientgrupper menar kommunen att en sådan planering behöver påbörjas redan inom slutenvården.

Skälen för regeringens förslag: I avsnitt 5.5 föreslås att den slutna vården ska skicka ett inskrivningsmeddelande till de enheter i kommunen och i den landstingsfinansierade öppna vården som patienten bedöms behöva insatser från efter utskrivning. Den landstingsfinansierade öppna vården ska få ett inskrivningsmeddelande när patienten bedöms ha ett fortsatt behov av insatser i form av hälso- och sjukvård, även när dessa huvudsakligen utförs inom den kommunala hälso- och sjukvården. Detta meddelande bör enligt regeringen och i enlighet med utredningens förslag kunna utgöra en signal till de olika enheterna om att inleda utredning och planering för den enskilde. Det föreslås att det i den nya lagen införs en bestämmelse om att en berörd enhet inom socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården som har fått ett inskrivningsmeddelande, ska inleda planeringen av de insatser som är nödvändiga för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den vårdinrättning där patienten ges slutna vård och efter utskrivningen få sina behov av socialtjänst eller hälso- och sjukvård tillgodosedda.

Planeringen ska påbörjas redan när enheten får ett inskrivningsmeddelande avseende en viss patient. Det innebär att en enhet i vissa fall då patienten vistas längre tid i slutna vård får god tid att förbereda inför de insatser som patienten har behov av, i andra fall får enheten en mer begränsad tid att planera. Planeringen enligt nu aktuella bestämmelse avser planering av den egna enhetens insatser. Först i

samband med utskrivning aktualiseras den samordnade planeringen med övriga enheter enligt bestämmelsen om samordnad individuell planering, se avsnitt 5.11.

Flera remissinstanser, däribland *Huddinge kommun* och *Simrishamns kommun* samt *Kommunerna i Stockholms län (KSL)* har lyft vikten av den enskildes ansökan om bistånd samt ifrågasatt hur kommunen ska kunna påbörja planering innan den har fått en sådan ansökan. Huddinge kommun menar också att ett inskrivningsmeddelande inte kan initiera en sådan planering. *Kommunförbundet Norrbotten* påtalar att en biståndsutredning är omfattande och tidskrävande – om förslaget ska kunna genomföras på ett smidigt och effektivt sätt för de målgrupper som har omfattande insatser från socialtjänsten fordras förändringar. Med förkortade ledtider krävs därför enligt kommunen en möjlighet till tillfälliga beslut som revideras efter fullständig utredning. *Simrishamns kommun* anser att aktuellt rättsläge inte medger möjlighet att bevilja insatser utan individuell biståndsbedömning vilket inte gör det möjligt att fatta så kallade rambeslut.

Enligt 11 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, ska socialnämnden utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Bestämmelsen överensstämmer med 50 § tidigare gällande socialtjänstlag (1980:620). I förarbetena till den bestämmelsen erinrades det om kommunens yttersta ansvar för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Det gäller oberoende av från vem initiativet kommer. Blir det känt att någon kan vara i behov av stöd eller hjälp, är alltså socialnämnden skyldig att också utreda hur behovet ska kunna avhjälpas (prop. 1979/80:1 s. 562). Det anfördes också att en viktig bedömning som alltid bör göras innan utredningen sätts igång, är huruvida de sakförhållanden som har påkallat utredningen kan leda till någon åtgärd av nämnden. Utredningen ska ges den omfattningen att den kan leda till ett sakligt korrekt beslut.

Utredningen om betalningsansvarslagen påpekar i betänkandet att den föreslagna bestämmelsen inte är en ny planeringsbestämmelse utan att den utgör en påminnelse till berörda enheter om att de ska inleda planeringen av de insatser som är nödvändiga inför patientens utskrivning – ansvaret för att planera dessa insatser följer dock av annan lagstiftning. Det framgår av 11 kap. 1 § SoL att ett ärende kan aktualiseras på flera sätt än genom anmälan eller ansökan. Regeringen har tidigare påtalat att i de fall nämndens bistånd påkallas av någon annan än den hjälpsökande själv, måste den första utredningsåtgärden som regel bli att kontakta den som har uppgetts behöva hjälp (prop. 1979/80:1 s. 400). Om andra, till exempel anhöriga eller hälso- och sjukvården, påtalar ett hjälpbehov är det en anmälan som ska leda till att den enskilde själv tillfrågas om han eller hon vill ansöka om insatsen (förhandsbedömning). Regeringen anser det därmed klarlagt att ett

inskrivningsmeddelande bör kunna initiera ett ärende och förutsätter att socialtjänsten har rutiner för att snarast följa upp med den enskilde vilka specifika insatser som han eller hon kommer att behöva efter utskrivning. Om den enskilde nekar till att ta emot hjälp, kan någon utredning inte bli aktuell.

När det gäller frågan om tillfälliga beslut och s.k. rambeslut konstaterade utredningen att formkraven för biståndsbedömning inom socialtjänsten i viss utsträckning är juridiskt oklara. Det gäller framför allt modeller med förenklade biståndsbeslut och så kallade rambeslut som inte närmare preciserar exakt vad som ingår i insatsen. Utredningen menade att möjliggörande av flexibilitet i handläggnings- och beslutsprocesserna skulle kunna vara en åtgärd som i viss mån kan bidra till att förkorta väntetider. Av effektivitetskäl ansåg utredningen därför att det skulle vara önskvärt att lagstiftningen möjliggör en viss flexibilitet i beslutsfattandet. Regeringen kan i viss mån sympatisera med önskemål om förenklade processer och ”flexibel” handläggning men vill ändå framhålla att utredningens förslag inte förutsätter en sådan förändring utan kan genomföras utan sådana ändringar. Regeringen beslutade i juni 2015 att tillsätta en utredning, Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (dir. 2015:72), som har i uppdrag att ta fram förslag till en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen. Utredaren ska bl.a. föreslå åtgärder som syftar till högre kvalitet och ökad effektivitet samt flexibla former för beslut om äldreomsorg. Utredaren ska om det bedöms lämpligt lämna förslag som innebär att kommunerna kan besluta om omsorg och annan service till äldre på ett enklare och mer flexibelt sätt än i dag. En förutsättning är att rättssäkerheten för den enskilde inte ska försämrats. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2017. Socialstyrelsen har också i ett meddelandeblad (Handläggning av ärenden om hemtjänstinsatser av servicekaraktär, nr 4/2013) konstaterat att uttrycken ”förenklad handläggning” eller ”förenklad utredning” varken finns i socialtjänstlagstiftningen eller i någon annan lagstiftning. Det går därmed inte generellt att säga om en viss modell för ”förenklad handläggning” eller ”förenklad utredning” är förenlig med eller uppfyller de krav som finns i lagar, förordningar och föreskrifter som gäller för handläggningen av vissa typer av hemtjänstinsatser. Det avgörande är om de olika momenten som ingår i handläggningen tillgodoser de krav som finns i lagstiftningen, främst SoL och förvaltningslagen (1986:223).

Kalmar kommun påpekar att det finns en risk för att målgruppen personer med psykiatrisk problematik, trots stora behov av samordnade insatser, exkluderas på grund av att de själva inte alltid anser att behov av samordning finns. Kommunen kan då lämnas med betalningsansvar samt eget ansvar att tillgodose den enskildes behov. Regeringen instämmer i att det finns en risk för att vissa personer inte själva kan se vilka behov de har efter utskrivning från slutenvård. De kan därför neka till att ta emot insatser från exempelvis primärvården eller psykiatrisk öppen vård. Detta är ett dilemma och någon universallösning i form av lagstiftning är

dessvärre inte möjlig. Att respektera den enskildes självbestämmande samtidigt som det i vissa fall är uppenbart att det finns behov av fortsatt vård är svårt. Det framgår redan av regeringsformen att hälso- och sjukvård inte får ges mot någons vilja om detta inte särskilt framgår av lag. Tvångsvård får under vissa förutsättningar ske och då huvudsakligen med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Om dessa förutsättningar i det enskilda fallet inte är uppfyllda får inblandade aktörer på bästa sätt söka förmå den enskilde att ändå acceptera hjälp.

Regeringens förslag innebär att berörda enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande när det gäller en patient, omedelbart ska påbörja planering av de insatser som den enskilde kan komma att behöva. Först vid utskrivning aktualiseras den samordnade planeringen som genomförs av flera berörda enheter från kommunen och landstinget. *Östersunds kommun* påpekar att det av förslaget framgår att socialtjänsten och andra berörda enheter för sin del måste ha utrett, beslutat och planerat för verkställighet innan patienten lämnar slutenvården. Det innebär att den samverkan mellan berörda enheter som behövs inför att patienten skrivs ut helt skjuts fram till den samordnade individuella planeringen som genomförs i ett långt senare skede. *Botkyrka kommun* anser att en samordnad individuell planering kan behöva påbörjas redan inom slutenvården för flera patientgrupper. Dagens lagstiftning innehåller inget direkt krav på att den gemensamma planeringen – vårdplaneringen – måste göras på sjukhus. Enligt utredningen är det inte ovanligt att sådan planering görs först efter det att patienten har lämnat den slutna vården. För att kommunens betalningsansvar ska kunna inträffa måste dock vårdplanen vara upprättad (11 § betalningsansvarslagen). Utredningens uppfattning är att dagens lagstiftning innebär att de ekonomiska incitamenten styr mot att vårdplanen upprättas under sjukhusvistelsen och därmed minskad flexibilitet och att det kan finnas fördelar med att den gemensamma planeringen sker först efter det att patienten har skrivits ut från sjukhuset, när det tydligare kan uppfattas vilka behov patienten har. Regeringen är av samma mening. Enligt regeringens uppfattning finns det emellertid ingenting i förslaget som hindrar att en samordnad individuell planering genomförs redan inom ramen för slutenvårdstiden om det är lämpligast i den aktuella situationen. Som exempel kan anges att om det av patientsäkerhetsskäl krävs att den samordnade planeringen görs innan patienten har lämnat den vårdinrättning där han eller hon har fått slutenvård så ska detta givetvis ske, se mer om den samordnade planeringen i avsnitt 5.11.

5.8 Underrättelse om att en patient är utskrivningsklar

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

En underrättelse i enlighet med 7 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård motsvarar en sådan underrättelse.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. Utredningens förslag innebär att det är den behandlande läkaren som ska underrätta berörda enheter om att patienten är utskrivningsklar. I utredningens förslag angavs inte att underrättelse skulle ske om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inga invändningar mot förslaget. Några remissinstanser, bl.a. *Munkedals kommun*, *Kungälv kommun* och *Nyköpings kommun* har efterfrågat ett tydliggörande av vem som tar över, alternativt när den öppna vården tar över det medicinska ansvaret för patienten. *Ljusdals kommun* och *Ovanåkers kommun* påpekar att utskrivning från slutenvård borde vara en bedömning av patientens medicinska tillstånd. Men i vilket medicinskt och funktionellt skick slutenvården väljer att skriva ut en patient påverkas i hög grad av den utskrivande verksamhetens uppfattning om vilka resurser den mottagande verksamheten förfogar över. När kommunerna inte erbjuder korttidsplatser vid utskrivning utan förutsätter utskrivning till den ordinarie bostaden (då personen bor i sådan) blir vårdtiden i slutenvård längre. *Kristianstads kommun* ifrågasätter om det är rimligt, eller rent av försvarbart, att en ensam profession, läkaren, avgör om en patient är utskrivningsklar. Kommunen anser att fler professioner ska vara delaktiga i beslutet om huruvida en patient är utskrivningsklar. Även om patienter är utskrivningsklara finns ofta ett kvarstående behov av hälso- och sjukvård som inte kan tillgodoseas i hemmet. Kommunen befarar därför att behovet av korttidsplatser ökar i kommunen och att kostnaden för hälso- och sjukvården därmed fortsätter att förskjutas från en huvudman till en annan. *Socialstyrelsen* föreslår att administrativa uppgifter, såsom att skicka underrättelse om att en patient är utskrivningsklar, lämpligen bör läggas på den slutna vården i stället för på behandlande läkare. *Östergötlands läns landsting* anser att i fråga om sekretess borde det framgå av lagen om patientens samtycke till informationsöverföring vid utskrivning behövs. Datainspektionen pekar på att flera förutsättningar måste vara uppfyllda för att informationsöverföring ska kunna ske genom sammanhållen journalföring. Det framgår inte av förslagen hur utredningen resonerat kring huruvida dessa förutsättningar kan anses uppfyllda eller inte. Enligt gällande lagstiftning måste en bedömning av

om förutsättningarna för direktåtkomst enligt patientdatalagen är uppfyllda ske i varje enskilt fall.

Skälen för regeringens förslag: De enheter som övertar ansvaret för patientens fortsatta vård och omsorg behöver få kännedom om att en patient är utskrivningsklar och därmed redo att skrivas ut. I och med det inskrivningsmeddelande som föreslås i avsnitt 5.5 har berörda enheter fått information om att en patient har skrivits in i den slutna vården och när han eller hon förväntas skrivas ut. Vad de därutöver behöver få veta är när patienten har bedömts vara utskrivningsklar så att de kan vidta de åtgärder som planerats för patienten. Det föreslås därför att det i lagen införs en bestämmelse om att när en patient har bedömts vara utskrivningsklar och även bedöms behöva vård eller omsorg efter det att han eller hon har skrivits ut, ska den slutna vården skicka en underrättelse om detta till berörda enheter. Frågor om personuppgiftsbehandling, sekretess och tystnadsplikt tas upp nedan.

Som framgår av avsnitt 5.5 ska den landstingsfinansierade öppna vården få ett inskrivningsmeddelande om patienten bedöms behöva hälso- och sjukvård och anses därmed vara berörd enhet i lagens mening. Den landstingsfinansierade öppna vården ska således även vara mottagare av underrättelse om att patienten har bedömts vara utskrivningsklar. Det ligger i sakens natur att informationen är viktig för berörda mottagande enheter. Förutom att fylla ett praktiskt behov, kan en underrättelse om att patienten blivit bedömd utskrivningsklar ha betydelse för när kommunens betalningsansvar inträder (se avsnitt 5.12). *Socialstyrelsen* föreslår att administrativa uppgifter, såsom att skicka en underrättelse om att en patient är utskrivningsklar, lämpligen bör läggas på den slutna vården i stället för på behandlande läkare. Regeringen instämmer och föreslår därför att ansvaret att skicka underrättelsen ska läggas hos den slutna vården. Det blir vårdgivarens ansvar att tydliggöra hur uppgiften ska utföras.

Några remissinstanser, bl.a. *Munkedals kommun*, *Kungälv kommun* och *Nyköpings kommun* har efterfrågat ett tydliggörande av vem som tar över, alternativt när den öppna vården tar över det medicinska ansvaret för patienten. Enligt regeringens uppfattning ligger det medicinska ansvaret för patienten på den slutna vården så länge patienten vårdas där och inte har skrivits ut från sjukhuset. Ett eventuellt medicinskt ansvar därefter framgår av annan lagstiftning, framför allt av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, patientlagen (2014:821) och socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL. Ansvaret kommer även att framgå av den nya hälso- och sjukvårdslag som träder i kraft den 1 april 2017 och som ersätter HSL (jfr prop. 2016/17:43). Varken betalningsansvarslagen eller den föreslagna lagen ska påverka ansvarets omfattning eller fördelning. Under tiden mellan dessa underrättelser ska enheterna ha gjort den initiala planeringen för patientens fortsatta vård och omsorg (se föregående avsnitt). Den landstingsfinansierade öppna vården ska enligt förslagen i avsnitt 5.5 även vara mottagare av ett

inskrivningsmeddelande när patienten bedöms ha ett fortsatt behov av hälso- och sjukvård. Det är också den landstingsfinansierade öppna vården (primärvård eller annan specialiserad öppenvård) som enligt avsnitt 5.11 ska kalla till samordnad individuell planering i samband med utskrivning. Det är därför naturligt att det medicinska ansvaret för patienten ligger hos den öppna vården direkt efter utskrivning. Vilka insatser och enheter hos kommunen och landstinget som i förlängningen blir aktuella och vem som ytterst blir medicinskt ansvarig för den enskilde blir tydligt i samband med den samordnade planering som ska genomföras.

Ljusdals kommun och *Ovanåkers kommun* påpekar att utskrivning från slutenvård borde vara en bedömning av patientens medicinska tillstånd. Kommunerna menar att i vilket medicinskt och funktionellt skick slutenvården väljer att skriva ut en patient påverkas i hög grad av den utskrivande verksamhetens uppfattning om vilka resurser den mottagande verksamheten förfogar över. När kommunerna inte erbjuder korttidsplatser vid utskrivning utan förutsätter utskrivning till den ordinarie bostaden (då personen bor i sådan) blir vårdtiden i slutenvård längre. *Kristianstads kommun* anser att fler professioner ska vara delaktiga i beslutet om hurvida en patient är utskrivningsklar. Även om patienter är utskrivningsklara finns ofta ett kvarstående behov av hälso- och sjukvård som inte kan tillgodoses i hemmet. Kommunen befävar därför att behovet av korttidsplatser ökar i kommunen och att kostnaden för hälso- och sjukvården därmed fortsätter att förskjutas från en huvudman till en annan. I avsnitt 5.4 har regeringen definierat begreppet 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. Patienten kan förvisso fortfarande ha behov av hälso- och sjukvårdsinsatser – men dessa kan då tillgodoses i den öppna vården. Bedömningen av om en patient är utskrivningsklar är en professionell bedömning som den behandlande läkaren ska göra utifrån sitt yrkesansvar. Läkaren avgör med hänsyn tagen till patientens tillstånd samt till vetenskap och beprövad erfarenhet när en patient är utskrivningsklar, det vill säga när patienten inte längre är i behov av slutenvård. I bedömningen av om patienten medicinskt är i behov av slutenvård ligger rimligen inte att först ta reda på vilka resurser kommunen kan tillföra – antingen är patienten i behov av vård vid en enhet som ger slutenvård eller inte. Regeringen förutsätter att läkaren gör sin bedömning bl.a. utifrån vad övriga professioner har att tillföra, men att ansvaret för bedömningen ytterst ligger hos behandlande läkare. Vad gäller frågan om att skjuta över kostnader för hälso- och sjukvård mellan huvudmännen kan regeringen konstatera att landstingets och kommunens respektive grundläggande ansvar för de personer som lagen omfattar regleras i framförallt HSL, patientlagen och SoL. Som tidigare angetts ska varken betalningsansvarslagen eller den föreslagna lagen påverka ansvarets omfattning. Däremot förutsätter den nya lagen än

tydligare att respektive huvudman och vårdnivå tar sitt ansvar enligt HSL och SoL till fullo. Det bör inte råda någon tvekan om vem som ansvarar för vilken del av vården. I och med kommunernas övertagande av hemsjukvården är också kommunerna i allt högre grad huvudmän för hälso- och sjukvård. Regeringen ser kommunernas farhågor som ytterligare ett tecken på att den samverkan mellan huvudmännen som krävs för att säkerställa en trygg utskrivning från slutna vård behöver utvecklas och förbättras.

Sekretess och tystnadsplikt

En underrättelse om att en patient bedömts vara klar för utskrivning från slutna vård innehåller uppgifter som i de allmännas verksamhet omfattas av sekretess enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL. Enligt den bestämmelsen gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Av bestämmelsen framgår att sekretess inte hindrar att uppgifterna lämnas om det står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Vårdinrättningar som drivs i enskild regi omfattas i stället av tystnadsplikt enligt 6 kap. 12–14 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659). Enligt dessa bestämmelser får inte uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden obehörigen röjas. Som obehörig röjande anses dock inte att någon fullgör en sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning.

Utredningen har inte föreslagit någon sekretessbrytande regel när det gäller utskrivningsmeddelandet. *Östergötlands läns landsting* anser att i fråga om sekretess borde det framgå av lagen om patientens samtycke till informationsöverföring vid utskrivning behövs.

Regeringen beaktar att utgångspunkten för all vård och behandling är ett väl utvecklat samarbete med patienten själv och, i förekommande fall, hans eller hennes närstående. Det ankommer därför såväl på hälso- och sjukvården som socialtjänsten att först och främst prata med patienten och efterfråga hans eller hennes inställning till att uppgiftslämnande sker. Om den enskilde motsätter sig ett uppgiftslämnande, är utgångspunkten att den enskildes vilja ska respekteras. Vid tidpunkten för utskrivning bör patientens inställning till att ta emot vård och omsorg vara känd och respekteras.

Bestämmelsen om underrättelse om att en patient bedömts vara klar för utskrivning föreslås inte utformas så att den blir sekretessbrytande enligt 10 kap 28 § OSL eller att den bryter tystnadsplikten i 6 kap. 12–14 och 16 §§ patientsäkerhetslagen. Av bestämmelsen ska det i stället framgå att uppgifter får skickas under förutsättning att bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det.

Uppgifterna får således lämnas ut om det sker med samtycke av patienten (10 kap. 1 § och 12 kap. 2 § OSL). Vidare finns det även ett visst utrymme att utan samtycke lämna ut uppgifterna. Den sekretess som anges i 25 kap. 1 § OSL är inte

absolut utan det finns utrymme att lämna ut uppgifter om sekretessbestämmelsens skaderekvisit medger det, dvs. uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Enligt förarbetena medger skaderekvisitet i 25 kap. 1 § att en uppgift lämnas från en läkare till en annan eller från en vårdinrättning till en annan, om det behövs i rent vårdsyfte. Det finns även visst utrymme att lämna uppgifter till en annan vårdsektor i syfte att bistå en patient (jfr prop. 1979/80:2 Del A s. 168).

Det finns även situationer där patientens samtycke inte kan inhämtas samtidigt som det är viktigt att planera och bereda patienten vård och omsorg efter det att patienten inte längre behöver slutna vård. I det sammanhanget bör den sekretessbrytande bestämmelsen i 25 kap. 13 § OSL nämnas. I den anges att om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut hindrar inte sekretess enligt 25 kap. 1 § OSL att en uppgift om en enskild som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd får lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet på socialtjänstens område. Denna bestämmelse avser att möjliggöra ett bättre och mer samlat omhändertagande av äldre och andra personer med sammansatta behov av både medicinska och sociala insatser. Bestämmelsen kan komma att tillämpas i flera av de fall där en patient som är utskrivningsklar från slutna vård och efter utskrivning bedöms behöva insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Vad gäller tystnadsplikt så anges det i 6 kap. 12–14 och 16 §§ patientsäkerhetslagen att uppgifter inte får obehörigen röjas. Enligt förarbetena ter det sig naturligt att vid tolkningen av obehörighetsrekvisitet söka viss ledning i det skaderekvisit som finns i sekretesslagens motsvarande bestämmelser. Detta för att i sak nå en nära överensstämmelse mellan tystnadsplikten för offentliga funktionärer och enskilda (prop. 1980/81:28 s. 23). Det sagda innebär att privata vårdgivare vid sin bedömning av om en uppgift kan lämnas ut ska söka ledning i vad som gäller för den offentliga hälso- och sjukvården.

Personuppgiftsbehandling

En underrättelse om att en patient är utskrivningsklar innehåller personuppgifter. Hälso- och sjukvården har stöd för sin behandling av personuppgifter enligt patientdatalagen (2008:355) och socialtjänsten enligt lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (se resonemang i avsnitt 5.5.4).

Som ovan framgår omfattas uppgifterna av sekretess eller tystnadsplikt inom den slutna vården. Detsamma gäller för de mottagare som är verksamma inom hälso- och sjukvården. Inom socialtjänsten omfattas uppgifterna av sekretess enligt 26 kap. 1 § OSL. I enskild verksamhet omfattas de av tystnadsplikt i enlighet med 15 kap. 1 § socialtjänstlagen

(2001:453) respektive 29 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

I fråga om den föreslagna bestämmelsen om att lämna underrättelse om att en patient är utskrivningsklar, bör en intresseavvägning göras mellan att lämna ut uppgiften och att skydda enskilda personers integritet.

Att skicka en underrättelse om att en patient är utskrivningsklar för att möjliggöra vård och omsorg för de patienter som inte kan lämna sitt samtycke är nödvändig för att göra den efterföljande vården och omsorgen möjlig. Att möjliggöra fortsatt god vård och omsorg är ett angeläget samhälleligt intresse. I detta sammanhang kan det även beaktas att det är begränsade uppgifter som en underrättelse om utskrivning ska innehålla och mottagande enheter känner redan till den enskildes situation. Därtill bör det understrykas att uppgifterna omfattas av tystnadsplikt eller sekretess hos mottagarna. Vid en avvägning mellan det intrång i den enskildes personliga integritet som ett utlämnande av uppgifterna kan innebära och behovet att möjliggöra den vård och omsorg en patient kan behöva efter utskrivning får inskränkningen av den enskildes integritet anses acceptabel. Genom att ange i lag att underrättelsen ska skickas så får uppgifterna lämnas i enlighet med patientdatalagens bestämmelse i 2 kap. 5 § första meningen. Den föreslagna bestämmelsen gäller även framför bestämmelserna i personuppgiftslagen (2 § personuppgiftslagen).

Som anges i avsnitt 5.5.4 så kommer en ny EU-förordning om dataskydd, Europaparlaments och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG, att börja tillämpas den 25 maj 2018. I likhet med vad som anges i avsnitt 5.5.4 så får de eventuella anpassningar av den nya lagen som kan behövas med anledning av den nya EU-förordningen behandlas separat.

Sammanhållen journalföring

Utredningen menar att den föreslagna skyldigheten att lämna en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar innebär att om berörda enheter har sammanhållen journalföring eller andra tekniska lösningar som möjliggör att berörda parter har tillgång till sådana uppgifter om patienten, så räcker det om den behandlande läkaren meddelar berörda enheter att det finns ny information om patienten. Själva innehållet i underrättelsen behöver i dessa fall inte skickas så länge berörda enheter på annat sätt kan ta del av uppgiften som krävs enligt bestämmelsen. *Datainspektionen* pekar på att flera förutsättningar måste vara uppfyllda för att informationsöverföring ska kunna ske genom sammanhållen journalföring. Det framgår inte hur utredningen resonerat kring huruvida dessa förutsättningar kan anses uppfyllda eller inte. Enligt gällande lagstiftning måste en bedömning av om förutsättningarna för direktåtkomst enligt patientdatalagen är uppfyllda ske i varje enskilt fall.

Regeringen instämmer i vad Datainspektionen framför och kan konstatera att det inom ramen för gällande lagstiftning finns villkor som måste vara uppfyllda för att information genom sammanhållen journalföring ska kunna överföras.

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.

I detta sammanhang kan det nämnas att chefsöverläkaren i enlighet med 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, ska underrätta berörd enhet vid landsting, kommun eller annan huvudman om beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård. En underrättelse enligt 7 a § LPT fyller samma funktion som den föreslagna skyldigheten att underrätta berörda enheter om att patienten är utskrivningsklar och bör därmed likställas med en underrättelse om att patienten bedömts vara utskrivningsklar.

5.9 Informationsöverföring vid utskrivning

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

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. Utredningens förslag innebär att det är den behandlande läkaren som ska ansvara för att nödvändig information överförs och att uppgifterna ska skickas till de enheter som fått inskrivningsmeddelandet. I utredningens förslag angavs inte att underrättelse skulle ske om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inga invändningar mot förslaget. *Socialstyrelsen* föreslår att administrativa uppgifter såsom att överföra information lämpligen bör läggas på den slutna vården istället för på behandlande läkare. *Sveriges läkarförbund* och *SFAM – Svensk förening för allmänmedicin* anser att frågan om informationsöverföring är mycket viktig. För att svårt sjuka personer ska kunna vårdas på ett säkert sätt utanför slutenvården krävs att informationen på ett effektivt sätt kan utbytas mellan den slutna vården, primärvården och övrig öppenvård, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Remissinstanserna anser att så inte är fallet i dag. Flera remissinstanser, bl.a. *Sveriges läkarförbund*, *Östergötlands läns landsting* och *Åtvidabergs kommun* vill framhålla vikten av att förslagen

i betänkandet Rätt information på rätt plats i rätt tid (SOU 2014:23) genomförs för att skapa förutsättningar för en bättre informationskontinuitet inom vården. *Östergötlands läns landsting* påpekar också att det måste framgå av lagen om patientens samtycke till informationsöverföringen behövs eller inte. *Datainspektionen* framhåller att det krävs att vissa förutsättningar föreligger för att en vårdgivare ska få ta del av patientuppgifter genom sammanhållen journalföring. I betänkandet finns inte några resonemang kring huruvida dessa förutsättningar kan anses uppfyllda eller inte. *Botkyrka kommun* anser att risken för fel i läkemedelshanteringen vid utskrivning från slutenvården både för äldre och för patienter från psykiatri behövs beaktas mer och *Markaryds kommun* ser redan i dag att alla erforderliga journalhandlingar inte alltid är klara (läkemedelslista) när patienten skrivs ut från slutenvården. För att hemsjukvården ska kunna bedriva en säker vård krävs att samtlig dokumentation är klar. *Ludvika kommun* och *Leksands kommun* påpekar att det vid utskrivning från slutenvård är viktigt att säkerställa att den enskilde har medicin och hjälpmedel med sig hem för att klara första veckan. *Eskilstuna kommun* framför att för att säkerställa att alla berörda parter får tillgång till samstämmig och uppdaterad information ska det vara ett krav att alla berörda parter, såväl offentliga som privata aktörer, ska ha samma system för informationsöverföring. Det behövs överenskommelser om gemensamma mallar för informationsöverföring som lever upp till alla inblandande parter behov. *Kalmar kommun* anser att brister avseende informationsöverföring i samband med utskrivning från slutenvården är ett område som i hög grad påverkar möjligheterna till en trygg och säker hemgång. Kommunen anser att detta område kan utvecklas betydligt bättre både lokalt och nationellt. *Kalmar läns landsting* lyfter vikten av att den medicinska överrapporteringen mellan läkare i slutenvården och i primärvården fungerar.

Skälen för regeringens förslag: Brister kopplade till informationsöverföring är en känd och stor patientsäkerhetsrisk. Att nödvändig information och dokumentation kan följa patienten från slutenvård till de enheter i kommun och landsting som ska ta över ansvaret för den enskildes vård och omsorg är oerhört viktigt för att han eller hon ska få en trygg och säker vård. Liksom *Kalmar kommun* anser regeringen att detta område kan utvecklas betydligt bättre. Vilken information om patienten som ska överföras i samband med utskrivning är i dag reglerad i 4 kap 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. Information som överförs bör innehålla sådana väsentliga uppgifter om patientens vård och hälsotillstånd som är nödvändiga för patientens fortsatta vård och omsorg. Sådana uppgifter kan exempelvis vara:

- inskrivningsorsak samt hälso- eller funktionstillståndet vid inskrivningen,
- vilka som varit ansvariga för patientens vård, behandling och rehabilitering i den slutna vården,

- sammanfattning och utvärdering av genomförd vård, behandling och rehabilitering samt eventuella komplikationer som tillstött under tiden i slutna vård,
- patientens aktuella hälso- och funktionstillstånd,
- patientens upplevda hälsotillstånd,
- riskbedömning utifrån patientens hälsotillstånd, samt i relevanta fall – patientens arbetsförmåga.

Annan information som kan vara viktig för mottagande enheter är exempelvis namn och kontaktuppgifter till närstående, uppgifter om förvaltare eller god man och om andra kontinuerliga kontakter med olika professioner.

I Socialstyrelsens föreskrifter anges att sådan information ska översändas senast samma dag som patienten skrivs ut. Utredningen har föreslagit att samma tidsgräns ska gälla även i fortsättningen vilket regeringen instämmer i. *Socialstyrelsen* föreslår att ansvaret för att informationen överförs ska ligga på den slutna vården – inte på behandlande läkare. Regeringen instämmer och föreslår därför att den slutna vården ska överföra sådan information som är nödvändig för patientens fortsatta hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det blir vårdgivarens ansvar att tydliggöra hur uppgiften ska utföras.

Av remissinstansernas yttranden att döma finns det i dag brister vid informationsöverföringen vid utskrivning från slutenvård. *Botkyrka kommun* anser t.ex. att risken för fel i läkemedelshandlingen vid utskrivning från slutenvården både för äldre och för patienter från psykiatrien behöver beaktas mer och *Markaryds kommun* ser redan i dag att alla erforderliga journalhandlingar inte alltid är klara (läkemedelslista) när patienten skrivs ut från slutenvården. *Ludvika kommun* och *Leksands kommun* påpekar att det vid utskrivning från slutna vård är viktigt att säkerställa att den enskilde har medicin och hjälpmedel med sig hem för att klara första veckan. Enligt regeringens mening finns det redan i dag god kunskap hos alla vårdens aktörer om vilken betydelse informationsövergångar mellan olika enheter och vårdnivåer har för en säker och trygg vård. Det kan inte vara så bråttom att skriva ut patienter från slutna vård att nödvändig dokumentation inte hinner bli färdigställd. Om den öppna vården eller den kommunala hälso- och sjukvården saknar väsentlig information kan fel uppstå och patienten i värsta fall drabbas av vårdskada.

Kalmar kommun anser att brister avseende informationsöverföring i samband med utskrivning från slutenvården är ett område som i hög grad påverkar möjligheterna till en trygg och säker hemgång. Kommunen anser att detta område kan utvecklas betydligt bättre både lokalt och nationellt och *Kalmar läns landsting* lyfter vikten av att den medicinska överrapporteringen mellan läkare i slutenvården och i primärvården fungerar. Regeringen instämmer i att informationsöverföring vid utskrivning är en central fråga och förutsätter att samtliga enheter som är involverade i en patients utskrivning från slutna vård tar sin del av ansvaret. Detaljer kring vilken dokumentation och vilka hjälpmedel etc.

en patient ska få med sig vid utskrivning är lämpligen sådant som huvudmännen kan komma överens om i gemensamma riktlinjer, se vidare avsnitt 5.13.

Sveriges läkarförbund och *SFAM – Svensk förening för allmänmedicin* anser att frågan om informationsöverföring är mycket viktig. För att svårt sjuka personer ska kunna vårdas på ett säkert sätt utanför slutenvården krävs att informationen på ett effektivt sätt kan utbytas mellan den slutna vården, primärvården och övrig öppenvård, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Så är inte fallet i dag. Flera remissinstanser, bl.a. *Sveriges läkarförbund*, *Östergötlands läns landsting* och *Åtvidabergs kommun* vill framhålla vikten av att förslagen i betänkandet Rätt information på rätt plats i rätt tid (SOU 2014:23) genomförs för att skapa förutsättningar för en bättre informationskontinuitet inom vården. Regeringen instämmer i vad remissinstanserna framför om vikten av god informationsöverföring. Lagstiftningen måste ge förutsättningar för detta samtidigt som den enskildes självbestämmande och personliga integritet ska värnas. Hur lagstiftningen på området kan utvecklas är en omfattande fråga som regeringen behöver ta ett samlat grepp kring. Förslagen som läggs i denna lagrådsremiss måste därför förhålla sig till nu gällande omkringliggande lagstiftning, bl.a. gäller det patientdatalagen (2008:355), offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, hälso- och sjukvårdslagen (nuvarande SFS 1982:763 som kommer att ersättas av en ny lag med samma rubrik den 1 april 2017) m.fl.

Regeringen föreslår, i likhet med utredningen, att det i den nya lagen införs en bestämmelse som innebär att den slutna vården, senast samma dag som en patient skrivs ut från slutenvård, ska överföra till berörda enheter den information som är nödvändig för att ge patienten socialtjänst eller hälso- och sjukvård.

Utredningen har ansett att den föreslagna skyldigheten att överföra information ska förstås så att om berörda enheter använder sammanhållen journalföring eller har andra tekniska lösningar, är det tillräckligt om den behandlande läkaren meddelar berörda enheter att det finns ny information om patienten. *Datainspektionen* pekar på att flera förutsättningar måste vara uppfyllda för att informationsöverföring ska kunna ske genom sammanhållen journalföring. Det framgår inte hur utredningen resonerat kring huruvida dessa förutsättningar kan anses uppfyllda eller inte. Enligt gällande lagstiftning måste en bedömning av om förutsättningarna för direktåtkomst enligt patientdatalagen är uppfyllda ske i varje enskilt fall. Regeringen instämmer i vad *Datainspektionen* framför och kan konstatera att det inom ramen för gällande lagstiftning finns ett antal bestämmelser att iaktta vid överföring av information genom sammanhållen journalföring. Enligt 6 kap. patientdatalagen krävs det för att en vårdgivare ska få behandla uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga i systemet med sammanhållen journalföring bl.a. dels att uppgifterna rör en patient som

det finns en aktuell patientrelation med, dels att patienten samtycker till det.

Sekretess och tystnadsplikt

De uppgifter som kan behöva överföras i samband med utskrivning omfattas i de allmännas verksamhet av sekretess enligt 25 kap. 1 § OSL. De enheter som drivs i enskild regi omfattas av tystnadsplikt enligt 6 kap. 12–14 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

Utredningen har inte föreslagit någon sekretessbrytande regel gällande nu aktuella informationsöverföring. *Östergötlands läns landsting* påpekar att det måste framgå av lagen om patientens samtycke till informationsöverföringen behövs eller inte. Landstinget konstaterar att det finns situationer där patientens samtycke till informationsöverföring inte kan inhämtas, samtidigt som det är viktigt att planera och bereda patienten vård och omsorg efter det att patienten inte längre behöver vårdas i slutna vård. Därför anser landstinget att en sekretessbestämmelse kan behövas för att möjliggöra en informationsöverföring trots att patienten inte gett sitt samtycke.

I likhet med vad som anges i avsnitt 5.8 så är utgångspunkten för all vård och behandling ett väl utvecklat samarbete med patienten själv och, i förekommande fall, hans eller hennes närstående. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör därför i första hand prata med patienten och efterfråga hans eller hennes inställning till att uppgiftslämnande sker. Vid tidpunkten för utskrivning bör patientens önskemål om att ta emot vård och omsorg respekteras.

Bestämmelsen om att den slutna vården ska överföra den information som är nödvändig för att ge patienten socialtjänst eller hälso- och sjukvård bör inte utformas så att den blir sekretessbrytande enligt 10 kap 28 § OSL eller att den bryter tystnadsplikten i 6 kap. 12–14 och 16 §§ patientsäkerhetslagen. Av bestämmelse ska det framgå att uppgifter får skickas under förutsättning att bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det.

Sekretess hindrar inte att uppgifter lämnas ut om den enskilde samtycker till det (10 kap. 1 § och 12 kap. 2 § OSL). Det kan i detta sammanhang även noteras att det av 25 kap. 1 § OSL framgår att sekretess inte hindrar att en uppgift lämnas ut om det står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Därmed kan uppgifter i vissa avseende lämnas ut utan hinder av sekretess. Av förarbetena framgår det att skaderekvisitet i 25 kap. 1 § medger att en uppgift lämnas från en läkare till en annan eller från en vårdinrättning till en annan, om det behövs i rent vårdsyfte. Det finns även visst utrymme att lämna uppgifter till en annan vårdsektor i syfte att bistå en patient (prop. 1979/80:2 Del A s. 168).

Det förekommer situationer där patientens samtycke inte kan inhämtas samtidigt som det är viktigt att planera och bereda patienten vård och omsorg efter det att patienten inte längre behöver ges slutna vård. I det

sammanhanget kan den sekretessbrytande bestämmelsen i 25 kap. 13 § OSL nämnas. I den anges att om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut hindrar inte sekretess enligt 25 kap. 1 § OSL att en uppgift om en enskild som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd får lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet på socialtjänstens område. I likhet med vad som anges i avsnitt 5.8 så är avsikten med denna bestämmelse att möjliggöra ett bättre och mer samlat omhändertagande av äldre och andra personer med sammansatta behov av både medicinska och sociala insatser. Bestämmelsen kan komma att tillämpas i flera av de fall där en patient som är utskrivningsklar från slutna vård och som efter utskrivning bedöms behöva insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

I 6 kap. 12–14 och 16 §§ patientsäkerhetslagen anges det att uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden inte får obehörigen röjas. Enligt dessa bestämmelser får emellertid uppgifter lämnas ut utan hinder av tystnadsplikten om uppgiftsskyldigheten stadgas i lag eller förordning.

Som anges i förarbetena ter det sig naturligt att vid tolkningen av obehörighetsrekvisitet söka viss ledning i det skaderekvisit som finns i sekretesslagens motsvarande bestämmelser för att i sak nå en nära överensstämmelse mellan tystnadsplikten för offentliga funktionärer och enskilda (prop. 1980/81:28 s. 23). Det sagda innebär att privata vårdgivare vid sin bedömning av om en uppgift kan lämnas ut ska söka ledning i vad som gäller för den offentliga hälso- och sjukvården.

Om uppgifterna omfattas av sekretess eller tystnadsplikt och någon sekretessbrytande regel inte är tillämplig kan inte uppgifter skickas till berörda enheter utan patientens samtycke. För att undvika missförstånd bör det i bestämmelsen anges att uppgifter får utlämnas om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det.

Personuppgiftsbehandling

Den personuppgiftsbehandling som det innebär att överföra den information som är nödvändig för att ge patienten hälso- och sjukvård omfattas av patientdatalagen (2008:355). Enligt 2 kap. 4 § patientdatalagen får personuppgifter behandlas bl.a. för administration som syftar till att ge vård i enskilda fall. Av den efterföljande bestämmelsen framgår att uppgifter som behandlas för ett ändamål som anges i 2 kap. 4 § även får behandlas för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning. I den bestämmelsen anges även att uppgiftslämnande får ske enligt den s.k. finalitetsprincipen i 9 § första stycket i personuppgiftslagen (1998:204). Den principen innebär att personuppgifter som redan finns i hälso- och sjukvårdsverksamheten får behandlas för andra ändamål än dem för vilka

de har samlats in under förutsättning att de nya ändamålen är förenliga med de tidigare ändamålen. Förslaget att i lag ange att nödvändig information om patienten ska skickas till berörda enheter innebär att den slutna vården kan fullgöra uppgiftslämnande enligt lag i enlighet med 2 kap. 5 § första meningen patientdatalagen.

Vid införande av en bestämmelse om överföring av nu aktuell information bör en avvägning göras mellan intresset av att lämna ut nu aktuella uppgifter och intresset av att skydda enskilda personers integritet.

De uppgifter som ska överföras är uppgifter som är nödvändiga för att ge patienten socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Den behandlingen får anses utgöra en arbetsuppgift av allmänt intresse. Vid en avvägning mellan det intrång i den enskildes personliga integritet som ett utlämnande av uppgifterna kan innebära och behovet att möjliggöra den vård och omsorg en patient kan behöva efter utskrivning får inskränkningen av den enskildes integritet anses acceptabel.

Den föreslagna bestämmelsen om att överföra den information som är nödvändig för att ge patienten socialtjänst eller hälso- och sjukvård gäller framför bestämmelserna i personuppgiftslagen (2 § personuppgiftslagen). Den föreslagna bestämmelsen medför även att information kan överföras inom hälso- och sjukvården i enlighet med 2 kap. 5 § första meningen patientdatalagen som anger att personuppgifter som behandlas för ändamål som anges i 4 § också får behandlas för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning.

Som anges i avsnitt 5.5.4 och 5.8 ska Europaparlaments och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG, börja tillämpas den 25 maj 2018. De eventuella anpassningar av den nya lagen som kan behövas med anledning av den nya EU-förordningen behandlas separat.

5.10 Information till patienten i samband med utskrivning

Regeringens förslag: En ny bestämmelse införs i 3 kap. patientlagen med innebörden att när en patient skrivs ut från slutna vård och där avsikten är att denne ska få insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården ska patienten få en sammanfattning av den vård och behandling som getts under vårdtiden. Om information finns tillgänglig, ska patienten även få uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt, tidpunkt för när samordnad individuell planering avses genomföras och uppgifter om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen.

I lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska en upplysningsbestämmelse införas som anger att närmare bestämmelser om den information som ska ges till patienten och dennes närstående vid utskrivning anges i 3 kap. patientlagen.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningens förslag innebär att en bestämmelse om information till patienten ska finnas i den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Utredningen har därför inte föreslagit någon upplysningsbestämmelse om att närmare bestämmelser om den information som ska ges till patienten och dennes närstående vid utskrivning anges i 3 kap. patientlagen. Regeringens lagförslag innehåller krav på mer information än vad utredningens lagförslag gör. Däremot innehåller regeringens lagförslag inte någon bestämmelse om information till närstående eller om hinder för att lämna information. Sådana bestämmelser finns redan i patientlagen (2014:821).

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inga invändningar mot förslaget. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* och *Kalmar läns landsting* menar att det är i patientlagen som ett eventuellt förtydligande bör göras istället för i förslaget till ny lagstiftning. Det är inte lämpligt att splittra upp informationskravet i olika lagstiftningar. *Socialstyrelsen* föreslår att bestämmelsen om vem som ska ge patienten information ska samordnas med bestämmelsen i 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659), om hälso- och sjukvårdspersonals ansvar att lämna information till patienter. *Stockholms läns landsting* föreslår att det av bestämmelsen ska framgå att den skriftliga informationen kompletteras muntlig sådan. *Malmö stad* och *Simrishamns kommun* anser att informationen också ska omfatta vem som är fast vårdkontakt och när en samlad individuell planering ska genomföras om det ska ske efter utskrivning. *Östergötlands läns landsting* och *Botkyrka kommun* lyfter närståendes roll och delaktighet. *Riksförbundet FUB* påpekar att för att uppnå en jämlik vård och tillgänglig information på lika villkor för alla oavsett funktionsnedsättning så måste all information och vård anpassas. *Norrbottnens läns landsting* påtalar att slutenvården förväntas ge samordnad och samlad information även för insatser som kommunen har beslutat om. Landstinget anser att detta riskerar att leda till ökad belastning för slutenvården som tidigare endast ansvarat för att informera om insatser som genomförts under vårdtiden.

Skälen för regeringens förslag

Att ge begriplig och korrekt information i rätt tid är nödvändigt för att stärka patientens ställning och möjlighet att vara delaktig i sin vård. Patienten behöver information för att kunna utöva sitt självbestämmande och ta ställning till om han eller hon vill acceptera den vård som erbjuds. Patienten kan få ökad kontroll över sin tillvaro genom att få information som undanröjer eller minskar ovisshet och möjliggör planering. Den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som regeringen föreslår syftar till att främja en god hälso- och sjukvård och en

socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten eller den öppna hälso- och sjukvården. En aspekt av god hälso- och sjukvård som regeringen vill framhålla särskilt i detta ärende och för den målgrupp som den nya lagen omfattar – är trygghet. Att patienten får individuellt anpassad information under förhållanden som ökar den enskildes förutsättningar att ta till sig informationen medför enligt regeringen att utskrivningssituationen kan komma att uppfattas som tryggare för patienten.

I vilken lag ska informationskyldigheten regleras?

Sedan den 1 januari 2015 är majoriteten av alla bestämmelser om information till patienter samlade i 3 kap. patientlagen. Av nuvarande 2 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framgår att patienten och dennes närstående ska ges information enligt vad som anges i 3 kap. patientlagen. Denna bestämmelse har emellertid ansetts onödig i den nya hälso- och sjukvårdslagen och kommer därför inte att överföras till den lagen när den träder i kraft den 1 april 2017. Vidare kan det noteras att det i 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen anges att den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten och dennes närstående ges information enligt ovan nämnda kapitel i patientlagen.

Utredningen har föreslagit att bestämmelser om att behandlande läkare ska ge viss information till patienten vid utskrivning, att informationen ska lämnas till en närstående om den inte kan lämnas till patienten, samt om i vilka fall information på grund av sekretess eller tystnadsplikt inte får överlämnas ska föras in i den nya lagen. *SKL* och *Kalmar läns landsting* uppger bägge att det inte är lämpligt att splittra upp informationskravet i olika lagstiftningar och förordar därför att det är i patientlagen som ett eventuellt förtydligande bör göras. Regeringen är av samma mening och föreslår att bestämmelserna om information till patienten ska finnas i patientlagen.

Östergötlands läns landsting och *Botkyrka kommun* lyfter närståendes roll och delaktighet. I 3 kap. 4 och 5 §§ patientlagen finns redan regler om information till närstående och om eventuella hinder mot att lämna information. Några nya sådana bestämmelser är därmed inte nödvändiga.

Socialstyrelsen föreslår att bestämmelsen om vem som ska ge patienten information ska samordnas med bestämmelsen i 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen, om hälso- och sjukvårdspersonals ansvar att lämna information till patienter. I och med att bestämmelsen föreslås placeras i patientlagen blir regelverken samordnade. Av patientsäkerhetslagen följer att den som har ansvaret för vården av en patient har en skyldighet att ge honom eller henne information enligt 3 kap. patientlagen. Informationskyldigheten åligger således i första hand den som har det direkta ansvaret för den vårdssituation som informationen avser. Det är däremot vårdgivarens ansvar att organisera verksamheten så att hälso- och sjukvårdspersonalen kan uppfylla sin informationskyldighet. Det är vårdgivarens ansvar att säkerställa att det finns rutiner eller lokala

instruktioner som både möjliggör och säkerställer att patienten kan få del av information av sådant innehåll och i sådan omfattning som föreskrivs.

Av 3 kap. 6 § patientlagen följer att informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Med detta ska enligt förarbetena till patientlagen avses t.ex. utbildningsbakgrund, könsidentitet, religion, kognitiva och andra funktionsnedsättningar, livssituation eller andra omständigheter som kan påverka hur informationen bör ges (prop. 2013/14:106 s. 118). Vidare ska den som ger informationen så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. *Riksförbundet FUB* påpekar att för att uppnå en jämlik vård och tillgänglig information på lika villkor för alla oavsett funktionsnedsättning så måste all information och vård anpassas. Regeringen anser att detta kan säkerställas på ett tillfredsställande sätt genom att informationsskyldigheten placeras i patientlagen.

Stockholms läns landsting föreslår att det av bestämmelsen ska framgå att den skriftliga informationen kompletteras muntlig sådan. Det framgår tydligt av patientlagen att informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det. De personer som den föreslagna lagen ska omfatta kan många gånger förväntas ha svårigheter att på ett fullgott sätt ta till sig endast muntlig information. Regeringen anser därför inte att någon ytterligare reglering är nödvändig.

Vad ska informationen innehålla?

Informationen bör innehålla en sammanfattning av vad som gjorts under tiden patienten vistats i slutna vård. Regeringen delar utredningens uppfattning om att informationen bör vara lättillgänglig, med termer och uttryck som är anpassade till normalt språkbruk för att patienten ska ha möjlighet att ta del av information om vårdens innehåll. Det framgår dock redan av bestämmelserna i 3 kap. 6 § patientlagen att informationen ska anpassas till mottagarens förutsättningar. Någon ytterligare sådan bestämmelse bedöms inte vara nödvändig.

En förutsättning för att patienten ska få så bra information som möjligt är att berörda enheter samarbetar för att ge patienten samlad information. Om det finns ett påbörjat samarbete mellan berörda enheter och den slutna vården kring behovet av fortsatta insatser som patienten samtyckt till, bör informationen även innehålla uppgifter om de insatser som planeras för patienten. *Malmö stad* och *Simrishamns kommun* anser att informationen också ska omfatta vem som är fast vårdkontakt och när en samlad individuell planering ska genomföras, om det ska ske efter utskrivning. Regeringen instämmer och föreslår därför att om informationen finns tillgänglig ska patienten även ges information om vem som är patientens fasta vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården, tidpunkt för när samordnad individuell planering är tänkt

att genomföras samt befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivning. Det bör eftersträvas att patienten får en samlad information om vad olika berörda enheter har planerat. Det innebär att den slutna vården måste samarbeta med andra aktörer så att informationen kan ges samlad, även om vad kommunen planerar och har beslutat för patienten. Detta gäller under förutsättning att patienten har samtyckt till det eller att det inte finns något annat hinder mot informationsutbytet. I detta skede – när patienten skrivs ut från slutna vård – ska det vara klarlagt vem som är patientens fasta vårdkontakt. Det bör vidare eftersträvas att det har fastställts en tidpunkt då samordnad individuell planering ska genomföras. Det förutsätts att den som kallar till sådan planering har haft kontakt med den enskilde och gjort upp om en tidpunkt som passar den enskilde och/eller dennes närstående.

Norrbottnens läns landsting anser att förslaget riskerar att leda till ökad belastning för den slutna vården som tidigare endast ansvarat för att informera om insatser som genomförts under vårdtiden. Enligt regeringens uppfattning bör det ligga i vårdande enheters intresse och ansvar att säkerställa att det finns ett mottagande förberett när patienten skrivs ut. Ett tryggt förfarande vid utskrivning minskar risken för onödiga återinskrivningar i slutna vård och kan därmed även bidra till fördelar för den slutna vården. Regeringen föreslår således att patienten ska få information om vem som är patientens fasta vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården, tidpunkt för när samordnad individuell planering ska genomföras samt befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivning – om uppgifterna finns tillgängliga. I den absoluta majoriteten av utskrivningarna bör dessa uppgifter finnas tillgängliga men skulle det leda till orimliga krav på den slutna vården att efterforska och begära in informationen från övriga enheter kan den inte sägas finnas tillgänglig och patienten kan därmed inte ges information om dessa uppgifter från den vårdinrättningen.

I informationen om vilka insatser som planeras bör uppgift om vem som övertar det medicinska ansvaret för patientens vård finnas, samt om vart patienten kan vända sig med frågor efter utskrivning. Information om patientens läkemedel, instruktioner för egenvård och annat som är väsentligt för patienten bör också bifogas informationen vid utskrivning. Ytterligare föreskrifter om den information som patienten bör få vid utskrivningen kan meddelas av Socialstyrelsen med stöd av bemyndigandet i 2 § 1 och 4 samt 3 § 1 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

Upplysningsbestämmelse i den nya lagen

Som nämns så föreslås det att det ska införas en bestämmelse i patientlagen om de uppgifter en patient ska och bör få vid utskrivningen. Regeringen föreslår att den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska innehålla en upplysningsbestämmelse om att närmare bestämmelser om den information som ska ges till patienten

och dennes närstående vid utskrivning anges i 3 kap. patientlagen. En liknande upplysningsbestämmelse ansågs onödig i den nya hälso- och sjukvårdslagen och det kan därför diskuteras om en liknande upplysningsbestämmelse i den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård också är onödig. Regeringen föreslår trots detta att den införs i den nya lagen om samverkan i syfte att underlätta för dem som ska tillämpa lagen.

5.11 Samordnad individuell planering av insatser efter utskrivning

5.11.1 Samordnad individuell planering

Regeringens förslag: Om patienten efter utskrivningen bedöms behöva insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den landstingsfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen. Enheterna ska vid planeringen upprätta en individuell plan i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena nya hälso- och sjukvårdslagen (3 f § andra och tredje styckena nuvarande hälso- och sjukvårdslagen) och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen. Planen får upprättas om patienten samtycker till det.

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

Utredningens förslag och bedömning: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningens förslag innebär att planeringen ska ske om patienten behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Regeringen föreslår i stället att planering ska ske om patienten behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Utredningen föreslår också att planeringen helt ska genomföras enligt bestämmelserna i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och 3 f hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL. Den senare bestämmelsen kommer att ersättas av 16 kap. 4 § i den nya föreslagna hälso- och sjukvårdslagen som föreslås träda i kraft den 1 april 2017. Regeringen föreslår att planeringen ska genomföras i enlighet med 2 kap. 7 § andra och tredje styckena SoL och 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena i nya hälso- och sjukvårdslagen.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inga invändningar mot förslaget. *Socialstyrelsen* föreslår en annan formulering av lagtexten och menar att en hänvisning till att planeringen ska utföras i enlighet med bestämmelserna i 3 f § HSL (som i lagrådsremiss föreslås ersättas av 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena i den nya föreslagna hälso- och sjukvårdslagen) och 2 kap. 7 § SoL kan tolkas som att det utesluter kommunal hemsjukvård från att delta och kan i värsta fall leda till behov av dubbla planeringar. Socialstyrelsen anger vidare att den föreslagna bestämmelsen i första meningen i första stycket innebär en inskränkning jämfört med bestämmelsen om vårdplan i 10 b § betalningsansvarslagen. Hälso- och sjukvårdens medverkan i planeringen har i utredningens förslag villkorats med att insatser behövs från socialtjänsten och vice versa. *Skåne läns landsting* uppfattar att om nuvarande ordalydelse i betalningsansvarslagen försvinner, så försvinner även det lagstadgade kravet på gemensam planering mellan huvudmännen för patienter som saknar insatser från socialtjänsten men är i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från båda huvudmännen. *Västra Götalands läns landsting* anser att det kan tydliggöras att öppenvård inte bara är primärvård utan för en del patienter den specialiserade öppenvården. Detta är vanligt vid utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård men även för andra patientgrupper. *Västerviks kommun* och *Botkyrka kommun* lyfter frågan om hur samverkan ska ske när patienten inte vill medverka eller ge sitt samtycke till samordnad planering. *Uppsala läns landsting* anser att närståendes delaktighet vid utskrivning och samordnad individuell planering bör lyftas fram. *Kalmar läns landsting* påtalar vikten av att patientens samtycke till att få en samordnad individuell planering måste beaktas. *Nässjö kommun* ställer bl.a. frågan vilket ansvar primärvården ska ta för vårdplaneringen om det bara finns behov av sociala insatser och inga hälso- och sjukvårdsinsatser. *Kronobergs läns landsting* påpekar att om patienten endast har behov av insatser enligt SoL eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, bör kommunerna tillsammans med patient och anhöriga upprätta samordnad individuell planering på hemmaplan i direkt anslutning till hemgång alternativt på den slutna sjukhusvården om behoven är komplexa och planeringen behöver göras före hemgång för att säkra patientsäkerheten. *Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)* ställer sig bl.a. tveksamma till den skillnad som utredningen i sitt förslag gör mellan patienter som vårdas frivilligt och patienter som vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT. *Handikappförbunden* påpekar att den samordnade vårdplanen enligt 7 a § LPT saknar krav på en skyndsam handläggning, vilket innebär att patienter som vårdas med stöd av LPT får en sämre fungerande utskrivning.

Skälen för regeringens förslag

Behovet av gemensam planering för patientens bästa

Arbete med individuella planer är ett effektivt sätt att hålla samman olika insatser och skapa en helhet när individen behöver hjälp från olika verksamheter. Det är således ett sätt att på individnivå minska effekterna av ”stuprörsproblematik”. Detta blir särskilt viktigt för patienter som har mångfacetterade behov och/eller har kognitiva funktionsnedsättningar. Regeringen föreslår därför att gemensam planering av insatser för den enskilde ska regleras i den nya lagen. En viktig distinktion måste göras mellan *den egna* planeringen av framtida insatser som varje berörd enhet ska göra enligt förslaget i avsnitt 5.7 och *den gemensamma* planeringen som syftar till att samordna de olika aktörernas insatser på ett för den enskilde tillfredställande sätt.

Utredningen har föreslagit att den gemensamma planeringen ska genomföras om patienten behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. *Socialstyrelsen* har påpekat att detta innebär en inskränkning jämfört med bestämmelsen om vårdplan i 10 b § betalningsansvarslagen, på så sätt att insatser från hälso- och sjukvården har villkorats med att insatser behövs även från socialtjänsten och vice versa. Även *Skåne läns landsting* uppfattar att om nuvarande ordalydelse i betalningsansvarslagen försvinner, så försvinner även det lagstadgade kravet på gemensam planering mellan huvudmännen för patienter som saknar insatser från socialtjänsten men är i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från båda huvudmännen.

Regeringen har beaktat synpunkterna och föreslår att om patienten efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst ska en gemensam planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Enligt vad som följer av regeringens förslag i avsnitt 5.5 är den landstingsfinansierade öppna vården att anse som en berörd enhet och ska därmed medverka i planeringen om patienten behöver insatser från den kommunalt finansierad hälso- och sjukvård efter utskrivning. I likhet med utredningen anser regeringen att fokus inte primärt bör ligga på att upprätta en plan utan i stället att berörda parter anammar synsättet att individuell planering är en process som ska anpassas efter individens skiftande behov över tid. Det kan i sammanhanget, såsom *Västra Götalands läns landsting* påpekar, nämnas att landstingsfinansierad öppen vård inte uteslutande handlar om primärvård. Beroende på vilka behov av hälso- och sjukvårdsinsatser den enskilde har kan berörd enhet istället vara öppen psykiatrisk specialistmottagning eller annan öppenvårdsverksamhet. Patienten kan exempelvis ha behov av hälso- och sjukvård från kommunal hemsjukvård och landstingets primärvård och öppna specialiserade vård och en samordnad planering mellan dessa tre aktörer kan därmed vara av betydelse för patientens fortsatta vård.

Förslaget förutsätter att det ska finnas behov av insatser från både landsting och kommun för att skyldigheten att planera gemensamt ska träda in. *Nässjö kommun* ställer bl.a. frågan vilket ansvar primärvården

ska ta för vårdplaneringen om det bara finns behov av sociala insatser och inga hälso- och sjukvårdsinsatser. *Kronobergs läns landsting* påpekar att om patienten endast har behov av insatser enligt SoL eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, bör kommunerna tillsammans med patient och anhöriga upprätta en individuell plan på hemmaplan i direkt anslutning till hemgång alternativt på den slutna sjukhusvården om behoven är komplexa och planeringen behöver göras före hemgång för att säkra patientsäkerheten. Enligt regeringens mening behöver den landstingsfinansierade öppna vården inte vara en aktör – vare sig reellt eller i planeringsskedet – om det inför utskrivning endast bedöms finnas behov av insatser från socialtjänsten. De kommunala enheter som blir aktuella för insatser får, liksom *Kronobergs läns landsting* påpekar, göra sin planering tillsammans med patienten och dennes närstående.

Närmare om den samordnade individuella planeringen

I befintlig lagstiftning finns flera bestämmelser som reglerar planeringsskyldighet. Förutom skyldigheten att genomföra en vårdplanering enligt betalningsansvarslagen finns det bl.a. bestämmelser om individuell planering enligt 2 kap. 7 § SoL och 3 f § HSL som ska tillämpas. Bestämmelsen i 3 f § HSL kommer att ersättas av 16 kap. 4 § nya hälso- och sjukvårdslagen som föreslås träda i kraft den 1 april 2017 (jfr prop. 2016/17:43). Utredningen har bedömt att redan existerande lagstiftning om skyldighet för berörda aktörer att upprätta en individuell plan är tillräcklig för att möta det behov av planering som uppstår när en patient ska skrivas ut från slutna vård. Utredningen har därför ansett att det är mest ändamålsenligt att inte närmare reglera planeringen i den nya lagen utan i stället hänvisa till redan befintliga bestämmelser. Utredningen föreslog även att de individuella planer som nämns i bestämmelserna i HSL och SoL skulle benämnas samordnad individuell plan.

Bestämmelserna i 16 kap. 4 § nya hälso- och sjukvårdslagen (nuvarande 3 f § HSL) och 2 kap. 7 § SoL reglerar planering mellan ett landsting som huvudman för hälso- och sjukvård och en kommun som huvudman för socialtjänst. Bestämmelserna medför inget eget planeringsansvar för den kommunala hälso- och sjukvården (prop. 2008/09:193 s. 22). En direkt hänvisning till att planeringen ska utföras i enlighet med de bestämmelserna kan därmed tolkas som att det utesluter den kommunala hälso- och sjukvården, inklusive hemsjukvården, från att delta, vilket också *Socialstyrelsen* påpekar. Mot denna bakgrund föreslår regeringen inte heller någon ändring av lagtexten i 16 kap. 4 § nya hälso- och sjukvårdslagen eller 2 kap. 7 § SoL.

Uppsala läns landsting anser att närståendes delaktighet vid utskrivning och samordnad individuell planering bör lyftas fram och Regeringen instämmer i betydelsen av närståendes delaktighet. I 16 kap. 4 § tredje stycket nya hälso- och sjukvårdslagen (nuvarande 3 f § HSL andra stycket) och 2 kap. 7 § andra stycket SoL anges att den individuella

planen när det är möjligt ska upprättas tillsammans med den enskilde. Vidare anges att närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. I efterföljande stycken i ovan nämnda bestämmelser anges närmare vad som ska framgå av planen. Regeringen föreslår att det i bestämmelsen ska anges att berörda enheter vid planeringen ska upprätta en individuell plan i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena nya hälso- och sjukvårdslagen och 2 kap. 7 § SoL andra och tredje styckena.

Kalmar läns landsting påpekar vikten av att patientens samtycke till att få en samordnad individuell planering måste beaktas. Regeringen delar remissinstansens uppfattning och föreslår att det av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska framgå, i likhet med vad som anges i ovan angivna bestämmelser i HSL och SoL, att planen får upprättas om patienten samtycker till det.

Västerviks kommun och *Botkyrka kommun* lyfter frågan om hur samverkan ska ske när patienten inte vill medverka eller ge sitt samtycke till samordnad planering. Som regeringen har påpekat tidigare ska lagstiftningen vila på respekt för den enskilde. Om en patient inte vill ta emot insatser från kommunen eller landstingets öppna vård efter utskrivning eller motsätter sig att en plan upprättas, ska patientens inställning accepteras. Självklart är det viktigt att patienten får klart för sig vad ett sådant beslut kan betyda för hans eller hennes fortsatta vård och omsorg. Att en patient motsätter sig en gemensam planering betyder dock inte med nödvändighet att han eller hon motsätter sig själva insatserna från berörda enheter. Varje enhet ska enligt vad som har föreslagits i avsnitt 5.7 planera för de insatser som den enheten ansvarar för. Dessa insatser bör kunna genomföras som planerat även om den gemensamma planeringen inte kan fullföljas.

Patienter som vårdas i slutna psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård

Enligt 7 och 7 a §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, ska en samordnad vårdplan upprättas och bifogas till ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård. Detsamma ska enligt 12 a § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, gälla vid ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård.

En samordnad vårdplan beskriver patientens behov av insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård får bedrivas utanför sjukvårdsinrättningen och förutsätter bl.a. att patienten behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. Vårdformen ska kunna anpassas till varje patients individuella behov av vård och insatser och förutsätter ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Chefsöverläkaren får ansöka om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård när han eller hon anser att patienten bör ges sådan vård. Beslut fattas av allmän förvaltningsdomstol. Till chefsöverläkarens ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård respektive öppen rättspsykiatrisk vård ska fogas en samordnad vårdplan, av vilken det bl.a. ska framgå patientens behov av insatser från hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten samt vilken enhet vid landstinget, kommunen eller annan huvudman som ansvarar för de insatser som planeras. Det ska även framgå vilka beslut kommunen har fattat för att tillgodose patientens behov. Chefsöverläkaren ansvarar för att en samordnad vårdplan upprättas. Vid ansökan om fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård respektive fortsatt öppen rättspsykiatrisk vård ska en uppföljning av den samordnade vårdplanen lämnas in.

Regeringens förslag innebär att den samordnade planering som behöver göras för denna patientgrupp inför beslut om öppen vård ska göras enligt bestämmelserna i LPT och LRV.

Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) ställer sig tveksamma till den skillnad som utredningen i sitt förslag gör mellan patienter som vårdas frivilligt och patienter som vårdas med stöd av LPT. *Handikappförbunden* påpekar att den samordnade vårdplanen enligt 7 a § LPT saknar krav på en skyndsam handläggning, vilket innebär att patienter som vårdas med stöd av LPT får en sämre fungerande utskrivning. Enligt regeringens mening är det i sammanhanget viktigt att betona den skillnad som finns mellan de olika regelverken. Förslaget till reglering i den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård förutsätter inte att en plan ska vara upprättad innan patienten kan lämna sjukhuset. Tvärtom kan det finnas fördelar med att genomföra planeringen först efter det att patienten har lämnat sjukhuset, se även avsnitt 5.11. Såväl LPT som LRV förutsätter dock att en samordnad vårdplan ska vara upprättad vid själva ansökan om öppen tvångsvård. Det innebär att den flexibilitet som regeringen anser ska kunna gälla vid utskrivning från övrig sluten vård inte är möjlig i dessa fall. Vidare föreslår regeringen i avsnitt 5.12.2 att en förutsättning för att kommunalt betalningsansvar ska inträda bl.a. är att den samordnade vårdplanen enligt 7 a § LPT har upprättats. Detta bör medföra en viss press på medverkande aktörer att skyndsamt se till att planeringen genomförs.

För patienter som skrivs ut från sluten psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård direkt till öppen hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen ska en gemensam plan upprättas enligt den nya lagen på samma sätt som vid utskrivning från övrig sluten vård.

5.11.2 Kallelse till samordnad individuell planering

Regeringens förslag: Om patienten behöver insatser från hälso- och sjukvården efter utskrivningen från sluten vård, ska patientens fasta

vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården kalla till samordnad individuell planering. Kallelsen ska skickas senast tre dagar efter det att den slutna vården underrättat berörda enheter om att patienten är utskrivningsklar.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inga invändningar mot förslaget. *Sveriges Kommuner och Landsting, SKL*, menar att det saknas tydliga incitament för att kallelse till planering ska skickas från den öppna vården eftersom det är slutenvården som drabbas om det brister i öppenvården.

Skälen för regeringens förslag

Regeringens uppfattning är att patienter inom lagens målgrupp har sammansatta behov av vård och omsorg och därmed så gott som alltid ett behov av kontakt med primärvård eller öppenvård efter vistelsen i slutenvård. Förslaget innebär därför att den fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppna vården ska ha ett särskilt ansvar att kalla till den samordnade individuella planeringen i de fall patienten har ett behov av hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivningen. Det gäller även i de fall den fortsatta hälso- och sjukvården i huvudsak förväntas tillhandahållas av kommunens enheter, se även avsnitt 5.5.

Genom att tidigt engagera den landstingsfinansierade öppna vården, dvs. primärvård eller öppen specialiserad vård, och reglera det särskilda ansvaret som denna har för kontinuitet i vården är det regeringens bedömning att patienten kan uppleva större trygghet och säkerhet och att behovet av återinskrivning i slutenvård kan minskas.

För patienter som redan har en fast vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården är det denne som har kallelseansvaret, se även avsnitt 5.6. För patienter som har två eller flera fasta vårdkontakter vid olika enheter i den landstingsfinansierade öppna vården får dessa sinsemellan avgöra vem som ska ha kallelseansvaret utifrån en bedömning av vad som är mest adekvat med hänsyn till patientens fortsatta vårdbehov efter slutenvårdstiden och med hänsyn tagen till patientens uppfattning. Om patienten har flera fasta vårdkontakter är det lämpligt att de deltar i det gemensamma planeringsarbetet även om själva kallelseansvaret endast kan åvila en fast vårdkontakt.

För att säkerställa ett skyndsamt förlopp föreslår regeringen att det ska finnas en tidsgräns inom vilken kallelse till samordnad individuell planering ska skickas. Om kallelsen dröjer kan det vara till men för patienten men även för de verksamheter som behöver koordinera sig runt den enskilde. Regeringen föreslår därför att kallelse till samordnad individuell planering ska skickas till berörda enheter senast tre dagar efter det att underrättelse har skickats om att patienten är utskrivningsklar. Om patienten motsätter sig att en gemensam plan

upprättas ska givetvis ingen kallelse till planeringsmöte skickas ut. Huruvida detta kan påverka förutsättningarna för kommunens betalningsansvar redogörs för i avsnitt 5.12.

Om patienten avböjer insatser från kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvård, kan en samordnad individuell planering inte heller genomföras. Inte heller kan kommunen bli betalningsskyldig för patienten eftersom den enskildes samtycke är en förutsättning för att kommunen ska kunna ge insatser.

SKL menar att det saknas tydliga incitament för att kallelse till planering ska skickas från den öppna vården eftersom det är den slutna vården som drabbas om det brister i öppenvården. Enligt regeringens uppfattning är det viktigt att landstinget som huvudman för såväl slutna vård som öppen vård ställer tydliga krav på bägge verksamheterna. Regeringen förutsätter att sjukvårdshuvudmännen och verksamheterna följer den lagstiftning som så uppenbart syftar till att göra vården och omhändertagandet av enskilda så bra som möjligt.

5.11.3 När ska planeringen ske?

Regeringens förslag: Arbetet med den individuella planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Utredningens förslag: Överensstämmer i sak med regeringens. Utredningen har föreslagit att den samordnade individuella planeringen ska genomföras i enlighet med i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) och 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL. Den senare bestämmelsen kommer att ersättas av 16 kap. 4 § i den nya hälso- och sjukvårdslagen som träder i kraft den 1 april 2017. Att arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål framgår av första styckena i dessa bestämmelser.

Remissinstanserna: *Västmanlands läns landsting* betonar att många av de patienter som tillhör någon av utredningens målgrupper redan har en fast vårdkontakt och en samordnad individuell plan när de läggs in på sjukhus och många gånger kan skrivas ut med oförändrade behov. Med ett proaktivt förhållningssätt ska den samordnade planeringen inte betraktas som en punktinsats utan en process som startar tidigare i vårdkedjan. *Sundsvalls kommun*, *Simrishamns kommun* och *Linköpings kommun* påpekar att individuell samordnad planering under vissa omständigheter bör göras redan före utskrivning från den slutna vården. *Kronobergs läns landsting* menar att det behöver tydliggöras när, var och hur en samordnad planering ska genomföras, men påpekar samtidigt att detta kan avtalas lokalt. *Kommunerna i Stockholms län (KSL)* önskar att det skrivs in i förslaget i vilka fall en samordnad planering är en förutsättning för att patienten ska kunna skrivas ut – samt att kommunens övertagande av betalningsansvar för dessa patienter villkoras av att

planeringen är genomförd. Flera remissinstanser, bl.a. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)*, *Strömsunds kommun* och *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)* påpekar att förslaget gör det möjligt att patienten kan skickas hem till eget boende trots att han eller hon är i behov av hjälp både från hälso- och sjukvård och socialtjänsten. Detta framstår inte som tryggt och patientsäkert. *Svensk förening för allmän medicin, SFAM* påpekar att det är viktigt att det, när patienten lämnar sjukhuset, finns en plan för vilket stöd individen ska få den första tiden hemma, innan en samordnad individuell plan hunnit tas fram. I planen ska det framgå vem som tar över ansvaret och vilka individen kan kontakta vid behov och kontaktuppgifter till dessa personer. Den fasta vårdkontakten ska vara en av dessa. *Kalmar läns landsting* påpekar att det är av stor vikt för patientens vårdkvalitet att den medicinska överrapporteringen fungerar, annars fungerar inte vårdplaneringen i övrigt.

Skälen för regeringens förslag

Regeringens uppfattning är att den nya lagstiftningen inte bör styra mot när i tid vårdplanering ska genomföras. Lagen bör istället möjliggöra en anpassning till den enskilda individens situation så att planering genomförs vid de tidpunkter när det är mest optimalt för den enskilde.

Västmanlands läns landsting betonar att många av de patienter som tillhör någon av utredningens målgrupper redan har en fast vårdkontakt och en samordnad individuell plan när de läggs in på sjukhus och många gånger kan skrivas ut med oförändrade behov. Landstinget menar att med ett proaktivt förhållningssätt ska den samordnade planeringen inte betraktas som en punktinsats utan en process som startar tidigare i vårdkedjan. Regeringen instämmer i detta. Individuell planering bör vara en process som ska anpassas efter individens skiftande behov över tid. Den samordnade individuella planeringen som process innebär att berörda enheter har ett löpande samarbete med varandra i såväl ett kortsiktigt som långsiktigt perspektiv. Det innebär t.ex. att man underrättar varandra om sådant som kan ha betydelse för den andra partens arbete och som påverkar det gemensamma arbetet för den enskilde. I utskrivningssituationen kan det innebära planering av patientens omedelbara insatser efter utskrivning likväl som en mer långsiktigt hållbar planering när den enskildes hälsotillstånd och behov på lite längre sikt blir tydligare.

Sundsvalls kommun, Simrishamns kommun och *Linköpings kommun* påpekar att individuell samordnad planering under vissa omständigheter bör göras redan före utskrivning från den slutna vården. Regeringens uppfattning är att vad som är mest lämpligt får avgöras av omständigheterna för den aktuella patienten. För en del patienter kommer det fortfarande att vara bäst att den samordnade individuella planeringen inleds innan patienten lämnar den slutna vården. Detta är fullt möjligt att göra inom ramen för den nya lagstiftningen.

Som framgår av avsnitt 5.11.1 föreslår regeringen att planeringen ska genomföras i enlighet med bestämmelserna om individuell plan i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena nya hälso- och sjukvårdslagen (3 f § andra och tredje styckena HSL) och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena SoL. Utredningens förslag var i stället att planeringen skulle ske i enlighet med bestämmelserna i 3 f § HSL (16 kap. 4 § nya hälso- och sjukvårdslagen) och 2 kap. 7 § SoL, dvs. även första stycket i dessa bestämmelser. Av första stycket i båda dessa bestämmelser framgår bl.a. att arbetet med att påbörja planen ska göras utan dröjsmål. Detta föreslår regeringen ska framgå av den nya lagen. I förarbetena till bestämmelserna i HSL och SoL framförde regeringen att utan dröjsmål i normalfallet innebär att den första kontakten mellan landsting och kommun tas inom några dagar från det att ett behov har identifierats. Tiden måste dock anpassas till behoven hos den enskilde. Ibland kan det vara nödvändigt med en omedelbar planeringsinsats från kommun och landsting (prop. 2008/09:193 s. 30 f.).

Som anges i föregående avsnitt ska kallelse till samordnad individuell planering skickas senast tre dagar efter det att en underrättelse har skickats om att patienten är utskrivningsklar. Detta för att säkerställa ett skyndsamt förlopp.

Kronobergs läns landsting menar att det behöver tydliggöras när, var och hur en samordnad planering ska genomföras, men påpekar samtidigt att detta kan avtalas lokalt. Regeringen instämmer i att detta lämpligen bör vara något som huvudmännen kommer överens om sinsemellan.

Kommunerna i Stockholms län (KSL) önskar att det skrivs in i förslaget i vilka fall en samordnad planering är en förutsättning för att patienten ska kunna skrivas ut – samt att kommunens övertagande av betalningsansvar för dessa patienter villkoras av att planeringen är genomförd. Regeringens förslag beträffande målgruppen som skrivs ut från sluten psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård till öppen tvångsvård innebär just detta, se nedan samt avsnitt 5.12.2. För övriga patienter förutsätter regeringen att i de fall en gemensam planering bedöms vara nödvändig före utskrivning från sluten vård ska detta också ske. Den enskilde patientens behov måste vara styrande i dessa fall.

Finns det risk för glapp i övergången från sluten till öppen vård?

Flera remissinstanser, bl.a. *SKL*, *Strömsunds kommun* och *IVO* har lyft frågan om det kan uppstå glapp i ansvar och vård om den gemensamma planeringen sker först efter det att patienten har skrivits ut till hemmet. Regeringen vill här återigen påminna om att det är en viktig skillnad mellan *den egna* planeringen av framtida insatser som varje berörd enhet ska göra enligt förslaget i avsnitt 5.7 och *den gemensamma* planeringen som syftar till att samordna de olika aktörernas insatser på ett för den enskilde tillfredställande sätt. Patienten ska dessutom få samlad skriftlig information i samband med utskrivning där de planerade fortsatta insatserna, om möjligt, bör framgå, se avsnitt 5.10.

SFAM påpekar att det är viktigt att det, när patienten lämnar sjukhuset, finns en plan för vilket stöd individen ska få den första tiden hemma, innan en samordnad individuell plan hunnit tas fram. I planen ska det framgå vem som tar över ansvaret och vilka individen kan kontakta vid behov och kontaktuppgifter till dessa personer. Den fasta vårdkontakten ska vara en av dessa. Som anges i avsnitt 5.10 ska patienten, om uppgifterna finns tillgängliga, vid utskrivning få information om vem som är utsedd som fast vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården, tidpunkten för när samordnad individuell planering ska genomföras samt befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivning. Detta bör enligt regeringens mening i huvudsak motsvara det som SFAM föreslår.

De vårdinrättningar som ger sluten vård behöver, på samma sätt som i dag, förse berörda enheter inom kommun och den landstingsfinansierade öppna vården med sådan information som behövs för dessa aktörers ställningstagande och planering av fortsatta insatser. Hur detta samarbete kring informationsöverföring ska gå till bör regleras lokalt genom de gemensamma riktlinjer som regeringen föreslår att landsting och kommun ska ta fram, se avsnitt 5.13.

Liksom *Kalmar läns landsting* påpekar är det av stor vikt för patientens vårdkvalitet att den medicinska överrapporteringen fungerar, annars fungerar inte vårdplaneringen i övrigt. När patienten skrivs ut från sluten vård har den slutna vården ett ansvar för att se till att det medicinska ansvaret förs över på en enhet i den landstingsfinansierade öppna vården. Det är i dag inte reglerat i lag hur och när det medicinska ansvaret förs över från en läkare i sluten vård till en annan läkare i öppenvården. Sådana ansvarsövergångar följer av landstingens interna rutiner. Utredningen har påpekat att överlämnande av det medicinska ansvaret från sluten vård till öppen vård är en betydande akilleshäla i dagens system. Det följer emellertid av annan lagstiftning att landstinget som huvudman ansvarar för att ha rutiner som garanterar att verksamheten bedrivs på ett patientsäkert sätt. I det ingår att ha rutiner för hur ansvaret för patienten ska övergå mellan olika verksamheter. Det finns ingenting som hindrar att huvudmännen i de lokala riktlinjerna gemensamt kommer överens hur dessa problem ska åtgärdas.

Kallelseansvar för patienter som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård eller lagen om rättspsykiatrisk vård

Som framgår av tidigare avsnitt är planeringsprocessen annorlunda för patienter som vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, och som ska skrivas ut till öppna vårdformer. Det är chefsöverläkaren som enligt 7 a § LPT och 12 a § LRV ansvarar för upprättandet av den samordnade vårdplanen. En patient kan inte överföras från sluten psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård till öppen vårdform utan att en vårdplan är upprättad tillsammans med kommunen.

För patienter som skrivs ut från psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård till öppen vård enligt hälso- och sjukvårdslagen ska däremot planeringen göras med stöd av bestämmelsen om planeringsskyldighet i den nya lagen på det sätt som beskrivs i regeringens förslag.

5.12 Kommunernas betalningsansvar

5.12.1 Patienter som omfattas av betalningsansvaret

Regeringens förslag: En kommun ska betala ersättning till ett landsting för en patient som vårdas i slutet av vård efter det att den behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar.

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

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen föreslog att kommunens betalningsansvar även ska omfatta patienter som vistas i en annan kommun i någon boendeform som avses i socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, eller i lagen (1992:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inga invändningar mot förslaget. *Helsingborgs kommun* anser att förslaget innebär en stor försämring för kommunerna eftersom betalningsansvaret infaller utan att någon gemensam vårdplanering sker under sjukhusvistelsen. *Eskilstuna kommun* menar att kommun och landsting måste komma överens om en gemensam definition av utskrivningsklara patienter och avtal om kriterier för när en patient är klar att skrivas ut. Det är först när dessa inte följs som betalningsansvaret kan börja gälla. *Socialstyrelsen* anför att utredningens förslag om en generell hänvisning till boendeformer enligt socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade i vissa fall, i jämförelse med regleringen i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, innebär en förskjutning av betalningsansvaret från den kommun där patienten är folkbokförd till den kommun som har beslutat av boendet.

Skälen för regeringens förslag: Kommunens ansvar för utskrivningsklara patienter infördes i samband med Ädelreformen. Skatteväxlingar genomfördes i och med att kommunerna övertog ansvaret för de utskrivningsklara patienterna. Det kommunala

betalningsansvaret infördes som ett ekonomiskt incitament för att förstärka genomslaget av de ansvarsförändringar som Ädelreformen innebar. Utredningen har bedömt att det kommunala betalningsansvaret bör bestå. Regeringen instämmer i bedömningen. Det behövs även fortsättningsvis ekonomiska incitament för att åstadkomma kortare väntetider för patienter som behöver insatser från kommunens socialtjänst, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården.

Regeringens förslag innebär därför att en kommun ska vara betalningsansvarig för patienter inom landstingets slutna hälso- och sjukvård som bedömts vara utskrivningsklara. Denna beskrivning av kommunens betalningsansvar skiljer sig inte från den som gäller enligt befintlig lagstiftning.

Helsingborgs kommun anser att förslaget innebär en stor försämring för kommunerna eftersom betalningsansvaret infaller utan att någon gemensam vårdplanering sker under sjukhusvistelsen. Som framgår i avsnitt 5.11.3 finner regeringen att det finns goda skäl till att inte reglera när i tid en gemensam planering ska ske. I vissa fall är det mest ändamålsenligt för patienten att detta sker i slutna vård – och i andra fall kan patientens behov av fortsatta insatser bli tydligare om planeringen kan ske efter utskrivning, i den enskildes hem. Att fortsatt koppla betalningsansvar till genomförd gemensam planering riskerar att sätta fokus mer på ekonomi än på den enskildes behov.

Såsom *Eskilstuna kommun* påpekar är det viktigt att kommun och landsting kommer överens om bl.a. kriterier för när patienter är klara att skrivas ut. Som framgår av avsnitt 5.13 anser regeringen att utrymmet för huvudmännen att fastställa gemensamma riktlinjer till verksamheterna om samverkan kring utskrivningsklara patienter ska vara stort.

Enligt 1 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, nedan kallad betalningsansvarslagen, ska en kommun ha betalningsansvar för personer som är folkbokförda i kommunen. Betalningsansvar för personer som efter beslut av en kommun vistas i en annan kommun i sådan särskild boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket och i 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL ska ligga hos den kommun som har beslutat om vistelsen.

Utredningen har föreslagit att betalningsansvaret ska omfatta patienter som är folkbokförda i kommunen men även för de patienter som genom ett beslut som kommunen fattat enligt socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade i vissa fall vistas i en boendeform i en annan kommun. Enligt utredningen ska denna princip vara fastlagd redan i den nuvarande betalningsansvarslagen.

Socialstyrelsen anför till skillnad från utredningen att en generell hänvisning till boendeformer enligt socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade i vissa fall kan innebära en förskjutning av betalningsansvaret från den kommun där patienten är

folkbokförd till den kommun som har beslutat om boendet, jämfört med regleringen i betalningsansvarslagen. Regeringen finner i likhet med Socialstyrelsen att betalningsansvaret med utredningens förslag i vissa fall kan innebära en förskjutning till den beslutande kommunen. Utredningens förslag gäller bl.a. barn och unga i familjehem eller i hem för vård eller boende. Mot den bakgrunden föreslår regeringen att betalningsansvaret enligt den nya lagen ska ha samma omfattning som i betalningsansvarslagen.

5.12.2 Förutsättningar för en kommuns betalningsansvar

Regeringens förslag: För att kommunens betalningsansvar ska inträda ska den slutna vården ha skickat ett inskrivningsmeddelande samt underrättat berörda enheter i kommunen om att patienten är utskrivningsklar. En underrättelse i enlighet med 7 a § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård ska motsvara en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar.

Om en samordnad individuell planering ska genomföras enligt 4 kap. 1 och 2 §§, inträder kommunens betalningsansvar under förutsättning att den fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppna vården har kallat till samordnad individuell planering i enlighet med 4 kap. 3 §.

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

Utredningens förslag och bedömning: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen har inte föreslagit något undantag från kommunens betalningsansvar i de fall patienten inte kan skrivas ut från sluten vård på grund av att sådana insatser som den landstingsfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga eller det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inga invändningar mot förslaget. *Socialstyrelsen* menar att det inte framstår som rimligt att det kommunala betalningsansvaret ska träda in i situationer då en patient inte kan skrivas ut från sluten vård på grund av att den landstingsfinansierade öppna vården inte gör vad den ska. Socialstyrelsen föreslår därför att en bestämmelse som motsvarar 11 a § betalningsansvarslagen tas in i den nya lagen. Socialstyrelsen påpekar vidare att i de fall en patient endast har behov av kommunal hälso- och sjukvård efter utskrivning bör inte kallelse till planering från en fast vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården vara ett krav för att kommunen ska bli betalningsansvarig. *Sveriges läkarförbund* uppmärksammar att förslaget inte är helt tydligt i de fall insatser efter utskrivning inte skulle behövas av primärvården/den öppna vården, utan enbart från kommunen. I förslaget är ett kriterium för att

betalningsansvaret ska gå över till kommunen att primärvården/den öppna vården har kallat till samordnad individuell planering. *Östergötlands läns landsting* har önskemål om förtydligande av vad som gäller om en patient avböjer planering och ställer frågan om när betalningsansvaret inträder i dessa fall. *Västernorrlands läns landsting* påpekar att om den fasta vårdkontakten inte kallar till planering inom de stipulerade tre dagarna efter ”utskrivningsklar” utfaller inget betalningsansvar för kommunen oavsett hur lång tid patienten blir kvar inom den slutna vården. För kommunen finns då inget incitament att skynda på utskrivning från slutna vården. Den slutna vården kan inte påverka planeringsprocessen inom den öppna vården. *Enköpings kommun* har svårt att se på vilket sätt de ekonomiska incitamenten i lagförslaget skulle stärka primärvårdens möjligheter att vara mer delaktiga. Ifall primärvården inte utser en fast vårdkontakt och kallar till planering uteblir kommunens betalningsansvar, och patienten riskerar att vara kvar inom den slutna vården i onödan. Primärvården drabbas inte ekonomiskt av den här lösningen.

Skälen för regeringens förslag

I den nu gällande lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, nedan kallad betalningsansvarslagen, är villkoren för att kommunens betalningsansvar ska inträda att patienten bedömts som utskrivningsklar och att en vårdplan är upprättad (10 §). För patienter inom den somatiska och den geriatriska vården inträder betalningsansvaret tidigast fem vardagar – lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade – efter det att kommunen tagit emot kallelsen till vårdplaneringen. För patienter inom den psykiatriska vården inträder betalningsansvaret tidigast trettio vardagar – lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade – efter det att kommunen tagit emot kallelsen till vårdplaneringen.

Utredningen om betalningsansvarslagen har ansett att utformningen av villkoren för betalningsansvarets inträde har fått till följd att kallelse och vårdplanering inte sällan kommer för tidigt i patientens vårdprocess och att detta lett till olyckliga konsekvenser.

Landstingen har rådighet över flera viktiga faktorer som kommunerna är beroende av för att kunna ta sitt ansvar vid utskrivningsprocessen. Villkoren för betalningsansvarets inträde bör därför enligt regeringens mening utformas så att de skapar incitament för landstingen att åtgärda vissa problem kring utskrivningsprocessen som utredningen identifierat och som ligger inom landstingets ansvarsområde. Den föreslagna lagen ställer krav på att den landstingsfinansierade vården ska utföra vissa centrala uppgifter i processen, skicka ett inskrivningsmeddelande och en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar, överföra information i samband med utskrivning och kalla till samordnad individuell planering. Eftersom huvudmännen dessutom förutsätts komma överens om samverkan runt utskrivningsklara patienter och om tidpunkten för

betalningsansvarets inträde finns möjlighet för huvudmännen att uppställa ytterligare villkor om så önskas, se avsnitt 5.13.

Inskrivningsmeddelandet måste ha lämnats för att kommunen ska få ett betalningsansvar

Ett villkor för att kommunens betalningsansvar ska inträda är att den slutna vården har skickat ett inskrivningsmeddelande med föreskriven information. Om vårdinrättningen inte skickat något inskrivningsmeddelande enligt 2 kap. den föreslagna lagen inträder inget betalningsansvar för kommunen.

Den informationsöverföring som görs inom ramen för slutenvårdstiden och hur den slutna vården agerar är av avgörande betydelse för mottagande enheters möjligheter att patientsäkert och snabbt kunna överta ansvaret för patienten när denna inte längre behöver vårdas i slutenvård. En grundläggande förutsättning för kommunens del är att man får information om patienten i så god tid som möjligt före utskrivning. Den nya lagen måste därför säkerställa att sådan information som finns i inskrivningsmeddelandet meddelas berörda aktörer.

Underrättelse om att patienten är utskrivningsklar

I avsnitt 5.8 föreslås att en bestämmelse införs i den nya lagen som innebär att den slutna vården ska underrätta berörda enheter om att en patient bedömts vara utskrivningsklar. Vidare anges det i samma bestämmelse att en underrättelse i enlighet med 7 a § LPT motsvarar en underrättelse om att en patient är utskrivningsklar. Enligt den senare bestämmelsen ska chefsöverläkare underrätta berörd enhet vid landsting, kommun eller annan huvudman om beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård. I 12 a § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård anges det att vid ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård tillämpas bl.a. 7 a § LPT och att vad som sägs i den bestämmelsen om öppen psykiatrisk tvångsvård i stället gäller öppen rättspsykiatrisk vård.

För att kommunens betalningsansvar ska inträda för en utskrivningsklar patient som vårdas inom den slutna vården krävs det att den slutna vården har underrättat kommunen om att patienten är utskrivningsklar.

Kallelse till samordnad individuell planering måste ha skickats för att kommunens betalningsansvar ska inträda

Om det finns ett fortsatt behov av hälso- och sjukvårdsinsatser efter patientens utskrivning från sjukhus, är ett ytterligare villkor för att kommunens betalningsansvar ska inträda att den fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppna vården har kallat till samordnad individuell planering på föreskrivet sätt. Om kallelsen inte skickats på det sätt som föreslagits i avsnitt 5.11, kan betalningsansvar i dessa fall inte inträda för kommunen. Den föreslagna regleringen förutsätter att villkoren i lagens 4 kap. 1 och 2 §§ är uppfyllda. Om patienten inte har behov av insatser från både kommunen och landstinget i form av hälso-

och sjukvård eller socialtjänst eller om patienten inte samtycker till planeringen är villkoren inte uppfyllda och någon kallelse enligt 4 kap. 3 § kan inte skickas. Givet att övriga villkor för kommunens betalningsansvar är uppfyllda inträder kommunens betalningsansvar i dessa fall ett visst antal dagar efter det att underrättelse om att patienten är utskrivningsklar har skickats.

Socialstyrelsen påpekar att i de fall en patient endast har behov av kommunal hälso- och sjukvård efter utskrivning bör inte kallelse till planering från en fast vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården vara ett krav för att kommunen ska bli betalningsansvarig. Regeringen lägger stor vikt vid att den landstingsfinansierade öppna vården deltar i det gemensamma planeringsarbete som måste göras runt varje patient i utskrivningssituationen. Patientens vistelse i slutna vård måste bli en angelägenhet för både kommunen och den landstingsfinansierade öppna vården. Den öppna vårdens närvaro i planeringsarbetet har betydelse för såväl väntetider som kvaliteten i patientens vård. Det tydliggörs därför att skyldigheten för den landstingsfinansierade öppna vården att kalla till gemensam planering även gäller i de fall patientens fortsatta behov av hälso- och sjukvårdsinsatser huvudsakligen förväntas tillgodoses inom den kommunala hälso- och sjukvården, se även avsnitt

5.5.1 och 5.11.1. Förslaget överensstämmer i sak med utredningens förslag som innebär att ett villkor för att betalningsansvaret ska inträda är att den fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppna vården kallat till samordnad individuell planering när det gäller patienter som har ett fortsatt behov av insatser från hälso- och sjukvården, se SOU 2015:20, s. 243 och 320.

Den nya lagen skapar, genom att koppla betalningsansvaret till den öppna vårdens agerande, incitament för landstinget som huvudman att se till att även den landstingsfinansierade öppna vården/primärvården tar sin del av ansvaret för dessa patienter. Regeringens uppfattning är därför att det mest ändamålsenliga sättet att säkerställa att den landstingsfinansierade öppna vården aktivt medverkar i processen är att ålägga denna part kallelseansvar för den samordnade individuella planeringen. *Östergötlands läns landsting* önskar få ett förtydligande av vad som gäller om en patient avböjer planering och när betalningsansvaret i dessa fall inträder. Regeringen har i avsnitt 5.11 föreslagit att en gemensam planering endast ska genomföras om patienten samtycker till det. Om så inte är fallet kan givetvis någon kallelse inte skickas. Som anges ovan inträder kommunens betalningsansvar i dessa fall ett visst antal fristdagar efter det att den slutna vården har meddelat kommunen att patienten är utskrivningsklar, se mer under avsnitt 5.13 och 5.14.

Sveriges läkarförbund uppmärksammar att förslaget inte är helt tydligt i de fall insatser efter utskrivning inte skulle behövas av primärvården/den öppna vården, utan enbart från kommunen. I förslaget

är ett kriterium för att betalningsansvaret ska gå över till kommunen att primärvården/den öppna vården har kallat till samordnad individuell planering. Såsom anges ovan ska den öppna vården kalla till planering om patienten har ett fortsatt behov av hälso- och sjukvårdsinsatser – oavsett om dessa ska utföras inom kommunal hälso- och sjukvård eller i den landstingsfinansierade vården. För det fall patienten endast bedöms ha behov av insatser från socialtjänsten, kommer den landstingsfinansierade öppna vården varken att få ett inskrivningsmeddelande i enlighet med förslaget i avsnitt 5.5.1 eller ha en skyldighet att kalla till planering enligt avsnitt 5.11.2. Kommunens betalningsansvar inträder i dessa fall ett visst antal frist dagar efter det att den slutna vården har meddelat kommunen att patienten är utskrivningsklar.

Västernorrlands läns landsting påpekar att om den fasta vårdkontakten inte kallar till planering inom de stipulerade tre dagarna efter ”utskrivningsklar” utfaller inget betalningsansvar för kommunen oavsett hur lång tid patienten blir kvar inom den slutna vården. För kommunen finns då inget incitament att skynda på utskrivning från slutna vården. Den slutna vården kan inte påverka planeringsprocessen inom den öppna vården. *Enköpings kommun* har svårt att se på vilket sätt de ekonomiska incitamenten i lagförslaget skulle stärka primärvårdens möjligheter att vara mer delaktiga. Ifall primärvården inte utser en fast vårdkontakt och kallar till planering uteblir kommunens betalningsansvar, och patienten riskerar att vara kvar inom slutenvården i onödan. Primärvården drabbas inte ekonomiskt av den här lösningen. Enligt regeringens uppfattning är landstingets och kommunens remissvar i den här delen mycket bekymmersamma. De talar tydligt om den brist på förtroende och samarbetsklimat som råder mellan olika huvudmän och att ingendera räknar med att den andra ska sätta patientens behov i centrum. Regeringen förväntar sig att alla landsting och kommuner tar sitt ansvar gentemot den enskilde på allvar och att överenskommelser kommer till stånd för bättre samverkan i framtiden.

Kallelse till samordnad individuell planering

Regeringen föreslår i avsnitt 5.11.3 att arbetet med den samordnade individuella planen ska påbörjas utan dröjsmål. Eftersom regeringen föreslår att kommunens betalningsansvar ska villkoras av att kallelse till samordnad individuell planering skickats inom tre dagar tydliggörs och förstärks vikten av att agera utan dröjsmål.

Tiden för när kommunens betalningsansvar ska inträda ska inte börja räknas från när kallelsen till planering skickas, som är fallet i dag. Tidsfristen ska i stället beräknas efter den tidpunkt då den slutna vården har lämnat ett meddelande om att patienten är utskrivningsklar. Kallelsen ska ha skickats senast tre dagar efter det att den slutna vården meddelat berörda enheter att patienten har bedömts vara utskrivningsklar. I de fall en utskrivningsklar patient är kvar i slutna vård men där kommunen inte

har fått någon kallelse till samordnad individuell planering, trots att bestämmelserna om samordnad individuell planering är tillämpliga, kommer inte något betalningsansvar för kommunen att aktualiseras.

Regeringen vill betona att det är fördelaktigt för såväl patienten som företrädare för verksamheterna om tidpunkten för planeringen är fastställd innan patienten lämnar den slutna vården. Detta bör därför eftersträvas. Det skapar trygghet för alla berörda parter att veta hur processen ser ut framåt. Kallelsen till samordnad individuell planering kan också komma att skickas efter det att patienten skrivits ut från slutna vård, i vilka fall kommunens betalningsansvar inte kan aktualiseras.

De avgörande skälen till att regeringen föreslår en tidsgräns för kallelse till planering är dels kraven på skyndsamhet, dels att det underlättar tillämpningen av lagen om tidsgränserna är definierade.

Kommunen är givetvis inte förhindrad att kalla till samordnad individuell planering. Kommunen kan dock inte komma ifrån sitt betalningsansvar genom att kalla till samordnad individuell planering innan kallelse skickats från den fasta vårdkontakten. Det vore att öppna för ett agerande som sätter de ekonomiska incitamenten för den öppna vårdens deltagande i planeringsprocessen ur spel.

Undantag från kommunalt betalningsansvar

Enligt 11 a § betalningsansvarslagen andra stycket aktualiseras inget betalningsansvar för kommunen i de fall de insatser som landstinget ansvarar för enligt vårdplanen inte kan utföras. *Socialstyrelsen* menar att det inte framstår som rimligt att det kommunala betalningsansvaret ska träda in i situationer då en patient inte kan skrivas ut från slutna vård på grund av att den landstingsfinansierade öppna vården inte gör vad den ska. *Socialstyrelsen* föreslår därför att en bestämmelse som motsvarar 11 a § betalningsansvarslagen tas in i den nya lagen. Regeringen ser liksom *Socialstyrelsen* ett behov av att tydliggöra detta och föreslår att det i den nya lagen ska framgå att kommunens betalningsansvar inte ska inträda om patienten inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att sådana insatser som ankommer på den landstingsfinansierade öppna vården inte är tillgängliga eller det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga.

Patienter inom den öppna psykiatriska tvångsvården

För patienter som ska skrivas ut till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård är planeringsprocessen reglerad i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, och innebär att det är domstol som tar ställning till om vården ska övergå i öppen vårdform. Ett villkor för detta är att det finns en upprättad vårdplan enligt 7 a § LPT och 12 a § LRV. Kallelseansvar och planeringsprocess ser därmed annorlunda ut än för andra patienter. Regeringens förslag innebär att när det gäller patienter som behöver insatser i samband med öppen

psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård ska kommunens betalningsansvar inträda ifall den slutna vården har underrättat kommunen om att patienten skrivits in (inskrivningsmeddelande), när patienten bedömts vara utskrivningsklar samt den samordnade vårdplanen i enlighet med 7 a § LPT eller 12 a § LRV har upprättats.

5.13 Gemensamma riktlinjer och överenskommelser om samverkan

Regeringens förslag: Landsting och kommun ska i samråd utarbeta gemensamma riktlinjer till vårdgivare och till dem som bedriver socialtjänst avseende samverkan enligt den nya lagen.

I lagen ska det även anges att landsting och kommun får träffa överenskommelse om att kommunens betalningsansvar ska inträda vid en annan tidpunkt eller med ett annat belopp än vad som bestäms i den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen har föreslagit att landsting och kommuner ska vara skyldiga att ingå överenskommelser om tidpunkt och belopp samt föreslår att överenskommelserna ska innehålla regler om hur huvudmännen ska lösa eventuella tvister.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser tillstyrker eller har inga invändningar mot förslaget. Några remissinstanser, bl.a. *Älvdalens kommun*, *Ludvika kommun*, *Falköpings kommun* och *Umeå kommun* gör bedömningen att det blir svårt att överenskomma om andra tidsfrister än den föreslagna lagens s.k. back up-lösning, då det saknas incitament för landstingen. *Nässjö kommun* föreslår att man på nationell nivå tar fram en ”mall” för hur ett samverkansavtal kan se ut och vad det ska innehålla för att ge en tydlig styrning och minska risken för konflikter och spara tid för huvudmännen. *Östergötlands läns landsting* anser inte att det ska vara möjligt att avtala om olika antal frist dagar för olika patientgrupper utan att detta bör regleras i lagen. *Akademikerförbundet SSR* pekar på vikten av att utskrivningen och den samordnade individuella planeringen verkligen utgår ifrån den enskildes vårdbehov och inte huvudmännens kortsiktiga ekonomiska intressen. Det ställer stora krav på huvudmännen att komma överens med tanke på att det är främst kommunerna som kommer att behöva ändra sin organisation. *Handikappförbunden*, *SPF Seniorerna* och *RSMH Stockholms län* anser inte att det ska vara möjligt för huvudmännen att komma överens om längre tidsfrister än tre dagar.

Skälen för regeringens förslag

Hur det gemensamma arbetet i landsting och kommun kopplat till utskrivning från slutenvård kommer att te sig i detalj bör regeringen inte föreskriva om.

Lokala förutsättningar för samverkan ser olika ut över landet och det är därför angeläget att huvudmännen utarbetar gemensamma lokala riktlinjer för verksamheterna. Huvudmännen måste samarbeta för att skapa regler och riktlinjer och planera för hur den sammanhållna vården ska se ut för utskrivningsklara patienter. Det är enligt regeringens mening en fördel om sådana riktlinjer är gemensamma för alla kommuner inom ett landsting, men lagstiftningen ska inte utgöra ett hinder om huvudmännen finner det ändamålsenligt att ha flera olika riktlinjer inom ett och samma landstingsområde.

Huvudmännen får själva avgöra detaljeringsgraden

Skyldigheten att utarbeta riktlinjer inom ett antal områden riktar sig till huvudmännen. Huvudmännen får bestämma formerna för sådana riktlinjer och hur detaljerade de ska vara. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård är huvudmännen redan i dag skyldiga att komma överens om rutiner för samverkan och informationsöverföring. Överenskommelser om gemensamma regelverk för samarbete och informationsöverföring kommer att rikta sig till verksamhetsnivån. Sådana överenskommelser tenderar därför att bli detaljerade. Huvudmännen får själva avgöra behovet av om sådana detaljer ska regleras på huvudmannanivå eller för respektive verksamhet.

Rutiner för informationsöverföring

Huvudmännen förutsätts komma överens om hur informationsöverföring i samband med utskrivning från sjukhus ska gå till. Sådana riktlinjer bör enligt regeringens mening utarbetas lokalt då de rutiner som behövs i samband med informationsöverföring vid utskrivning från slutenvård bättre kan hänga samman med andra lokala rutiner för informationsöverföring avseende andra situationer, exempelvis hur man säkerställer att rätt mottagare fått information, vilket och på vilket sätt verksamhetssystem ska användas, eventuella kvitteringsrutiner och tidpunkter osv. Vidare ligger det i sakens natur att vissa praktiska delar avseende informationsöverföring inte lämpar sig för att närmare regleras i lag, det gäller exempelvis att huvudmännen gemensamt måste fastställa vilka som är de berörda enheterna.

Huvudmännen får komma överens om när kommunernas betalningsansvar inträder och om vilka belopp som ska gälla

Det kan vara vanskligt att på nationell nivå sätta en gräns för inträdet av kommunernas betalningsansvar som blir väl avvägd för alla situationer och för alla huvudmäns förutsättningar. Det är enligt regeringens mening

lämpligare om sådan anpassning efter lokala förhållanden görs på lokal nivå efter vad som är rimligt att uppnå i just den kontexten. Huvudmännen får därför ingå överenskommelser sinsemellan om dels vilka tidsfrister som ska råda för när det kommunala betalningsansvaret inträder, dels vilka belopp som ska gälla. För det fall någon överenskommelse mellan landsting och kommun inte kommer till stånd föreslår regeringen i avsnitt 5.14 en s.k. backup-lösning. *Handikappförbunden, SPF Seniorerna* och *RSMH Stockholms län* anser inte att det ska vara möjligt för huvudmännen att komma överens om längre tidsfrister än tre dagar och några remissinstanser, bl.a. *Älvdalens kommun, Ludvika kommun, Falköpings kommun* och *Umeå kommun* gör bedömningen att det blir svårt att komma överens om andra tidsfrister än den s.k. backuplösningen, då det saknas incitament för landstingen. Regeringen vill här peka på att det finns ett ansvar för båda huvudmännen att se inte bara till egna utan även den andra huvudmannens förutsättningar och förhållanden. I annat fall riskerar patienten i slutänden att drabbas negativt. Om det utifrån lokala förutsättningar bedöms nödvändigt att under en övergångsperiod överenskomma om fler fristdagar bör det vara möjligt att göra det. *Akademikerförbundet SSR* pekar på vikten av att utskrivningen och den samordnade individuella planeringen verkligen utgår ifrån den enskildes vårdbehov och inte huvudmännens kortsiktiga ekonomiska intressen. Regeringen instämmer i detta.

Huvudmännen ska kunna avtala om olika fristdagar och belopp för olika patientgrupper. Det förutsätts att ett mål för samtliga lokala överenskommelser ska vara att patienternas utskrivning från slutna vård ska ske så snabbt, säkert och effektivt som möjligt. *Östergötlands läns landsting* anser inte att det ska vara möjligt att avtala om olika antal fristdagar för olika patientgrupper utan att detta bör regleras i lagen. Även här måste enligt regeringens mening utgångspunkten vara patienternas trygghet och behov. Om det gagnar en patientgrupp att under vissa förutsättningar ha differentierade fristdagar utifrån vårdbehov etc. så bör det vara möjligt att komma överens om detta.

Ytterligare frågor för huvudmännen att gemensamt komma överens om

Det varierar över landet hur väl huvudmännen kan samarbeta för att lösa konflikter som uppstår i samband med utskrivning av patienter inom lagens målgrupp och frågor om kommunernas betalningsansvar. Huvudmännen bör därför komma överens om hur man ska lösa tvister som kan uppkomma såväl vad gäller samarbetet runt den enskilde som kommunens betalningsansvar.

Det står huvudmännen fritt att avtala om även andra områden som kan beröras av denna lag. Det kan t.ex. handla om gemensam uppföljning av hur samarbetet fungerar, uppföljning av kostnader för utskrivningsklara patienter, gemensamt utvecklingsarbete och hur resurser och kostnader kan fördelas mellan huvudmännen för att sammantaget göra mest nytta

för patienterna. Huvudmännen bör även komma överens om administrativa rutiner avseende fakturering av avgifter som ska betalas av kommunerna med hänvisning till överenskommelsen eller den föreslagna lagen.

Vidare kan det vara lämpligt att huvudmännen kommer överens om hur och när överenskommelsen ska följas upp och vid behov revideras.

Huvudmännen bör ta vara på möjligheten att utveckla samverkan och målet bör vara att samarbetet fungerar så väl att betalningsansvaret kan tas bort.

Nässjö kommun föreslår att man på nationell nivå tar fram en ”mall” för hur ett samverkansavtal kan se ut och vad det ska innehålla för att ge en tydlig styrning och minska risken för konflikter och spara tid för huvudmännen. Regeringen ser det som naturligt att frågan om hur ett samverkansavtal kan formuleras och gestalta sig på bästa sätt är något som huvudmännen gemensamt kan diskutera inom ramen för de nationella nätverk som finns i landet.

5.14 Lagen ska reglera vad som ska gälla om huvudmännen inte har kommit överens om annat

5.14.1 Antalet fristdagar blir färre

Regeringens förslag: Om huvudmännen inte har kommit överens om annat ska kommunens betalningsansvar inträda tre dagar efter det att den slutna vården har underrättat berörda enheter i kommunen om att patienten är utskrivningsklar.

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

Utredningens förslag och bedömning: Överensstämmer huvudsakligen med regeringens förslag. Enligt utredningens förslag ska patienter som vårdas med stöd av lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård undantas från tillämpning av den nya lagen. Regeringen föreslår inte något sådant undantag.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser tillstyrker eller har inga invändningar mot förslaget. *Socialstyrelsen* delar utredningens syn att reglerna för patienter i psykiatrisk vård ska vara samma som för övriga patienter. Det finns dock en risk för att patienter i psykiatrisk vård inte får den vård och omsorg som de behöver efter utskrivning från slutna vård om fristdagarna minskas från trettio till tre redan den 1 juli 2016. *Socialstyrelsen* ser att det finns ett behov av ytterligare utredning och mer omfattande åtgärder för implementeringsstöd än på andra

patientgrupper områden, innan fristdagarna för patienter i psykiatrisk vård kan sättas till samma nivå som för övriga patienter. Myndigheten föreslår därför att den nya lagens ikraftträdande senareläggs för denna grupp patienter för att ge tid till sådana åtgärder. *Sveriges Kommuner och Landsting, SKL* menar att ett ikraftträdande redan den 1 juli 2016 inte tar hänsyn till nödvändig omställning av verksamheterna. SKL delar visserligen utredarens bedömning att det ur ett jämlikhetsperspektiv och även utifrån ambitionen att skapa en god och effektiv vård är rimligt att det inte görs någon särbehandling av patienter inom psykiatrin avseende fristdagar och belopp. SKL ser dock stora utmaningar framförallt inom psykiatrin. *Kungälv kommun* ser positivt på att alla patienter behandlas likvärdigt, oavsett om man behandlats inom somatisk vård eller psykiatri. Detta underlättar arbetet med att sätta fokus på patientens funktion och vård/omsorgsbehov. Att likställa alla specialiteter är ett mycket välkommet förslag även om backup-förslaget kommer att bli utmanande att leva upp till. *Nora kommun* anser att man bör utgå från att alla parter kan komma överens och att någon backup-lösning inte behövs. Flera kommuner, bland andra *Borås stad, Ljusdals kommun, Ovanåkers kommun* och *Örebro kommun* påtalar att det för gruppen patienter som skrivs ut från slutna psykiatrisk vård krävs mer tid för planering och verkställande och ser med oro på förslaget om att minska antalet fristdagar. *Kristianstads kommun* förordar en flexiblere planeringstid inför utskrivning där ärenden med redan pågående insatser t.ex. boendestöd och boende i särskilt boende kan ha en kort planeringstid. Patienter med samsjuklighet, hemlöshet och omfattande nya behov av vård och omsorg kan behöva en längre planeringstid. Kommunen befarar att den kommunala vården och omsorgen får prioritera snabba och inte alltid så genomtänkta hemtagningar från sjukhus till förmån för mer långsiktigt, genomtänkt och kvalitativt omhändertagande av den enskilde. *Ljunby kommun* påpekar att många av personerna med psykisk ohälsa har haft en lång vårdtid inom slutenvården. För att denna övergång ska bli bra krävs en längre planering för att mindre kommuner ska kunna ge omsorgstagaren individuellt anpassad hjälp enligt dennes behov t.ex. boende, sysselsättning och kompetens i omvårdnaden. *Munkedals kommun* anser att 3-dagarsregeln bör ses över för sköra och utsatta grupper och personer med destruktivt beteende. Det är ett stort ansvar för huvudmännen att organisera utskrivning så att stabilitet och trygghet skapas kring dessa medborgare. Det är en liten men resurskrävande patientgrupp som kräver specifik kompetens hos huvudmännen. *Stockholms stad* och *Linköpings kommun* ser möjligheten till förenklad och flexibel handläggning som en förutsättning för att nå målsättningen i utredningsförslaget om att minska ledtider.

Skälen för regeringens förslag

Enligt vad regeringen föreslår i avsnitt 5.13 ska landsting och kommuner fastställa gemensamma riktlinjer till verksamheterna och de får även ingå

överenskommelser om vid vilken tidpunkt kommunens betalningsansvar ska inträda och vilket belopp som ska gälla för vård av utskrivningsklara patienter. Regeringen förutsätter att huvudmännen kommer att ingå överenskommelser men inser samtidigt att det kan förekomma situationer där detta inte har gått att genomföra – huvudmännen har inte lyckats komma överens eller det saknas gemensamma regler kring exempelvis patienter som vårdas i ett annat landsting än det som patienten tillhör. Syftet med att fastställa gemensamma riktlinjer och teckna överenskommelser är att huvudmännen ska hitta rutiner och lösningar som är anpassade efter lokala förhållanden. Utredningen om betalningsansvarslagen har i kontakter med företrädare för kommuner och landsting fått intrycket att dessa ser behov av att gemensamt utveckla samverkan avseende utskrivningsklara patienter samtidigt som de uttrycker viss skepsis till möjligheten att komma överens om tidsfrister och belopp. Utredningen har också funnit att det finns en samsyn i att gemensamma överenskommelser är att föredra framför tvingande lagstiftning eftersom den förstnämnda lösningen möjliggör för huvudmännen att ta ett gemensamt ansvar för kvalitet i vårdprocesserna med hänsyn till lokala förhållanden. Regeringen instämmer i denna bedömning men ser liksom utredningen behov av att tydliggöra vad som ska gälla om huvudmännen inte lyckas komma överens, en s.k. backup-lösning.

En risk med att föra in en backup-lösning i den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård kan vara att huvudmännen väljer att tillämpa denna utan att göra anpassningar efter lokala förutsättningar på det sätt som föreslås. Vidare kan lagstadgade frist dagar ofta missuppfattas som att vara ett slags standard, att berörda verksamheter har ”tre dagar på sig”. Standard ska alltid enligt regeringens uppfattning vara att patienten ska lämna den slutna vården så snart som möjligt efter det att patienten bedömts som utskrivningsklar. *Nora kommun* anser att man bör utgå från att alla parter kan komma överens och att någon backup-lösning inte behövs. Utredningen har resonerat kring möjligheten att inte reglera vad som ska gälla ifall huvudmännen inte kommer överens men konstaterar att det i sådana fall skulle riskera att förvärra väntetidssituationen för enskilda patienter. Regeringen instämmer med utredningen och anser att det trots potentiellt möjliga tillämpningssvårigheter finns fördelar med att lagstiftningen ändå tillhandahåller regler som huvudmännen ska tillämpa i de fall samverkan brister och föreslår att den nya lagen kompletteras med en backup-lösning.

Fristdagarna räknas från underrättelse om att patienten är utskrivningsklar

Regeringen föreslår att tidpunkten för inträdet av det kommunala betalningsansvaret knyts till underrättelsen om att patienten är utskrivningsklar. I händelse av att patientens tillstånd, efter att denne har

bedömts som utskrivningsklar och berörda enheter underrättats om detta, försämras och patienten inte längre är att betrakta som utskrivningsklar förutsätts den slutna vården snarast underrätta berörda enheter om förändringen. En ny underrättelse om att patienten är utskrivningsklar ska då sändas när patienten bedömts vara utskrivningsklar. Tidsfristen för kommunens betalningsansvar bör i sådant fall räknas från den senare underrättelsen.

Underrättelser ska skickas även för patienter som fått psykiatrisk vård, dels sådan vård som getts i frivilliga former enligt hälso- och sjukvårdslagen, dels sådan vård som getts med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV. För en patient som tvångsvårdats enligt LPT eller LRV måste den behandlande läkarens bedömning i vissa fall föregås av ett beslut av domstolen om att tvångsvården ska upphöra.

I detta sammanhang kan det nämnas att chefsöverläkaren i enlighet med 7 a § LPT ska underrätta berörd enhet vid landsting, kommun eller annan huvudman om beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård. Som föreslås i avsnitt 5.8 ska en underrättelse enligt 7 a § LPT fylla samma funktion som den föreslagna skyldigheten att underrätta berörda enheter om att patienten är utskrivningsklar och bör därmed likställas med en underrättelse om att patienten bedömts vara utskrivningsklar.

Kommunens betalningsansvar träder in efter tre kalenderdagar

Utredningen om betalningsansvar har redovisat statistik över antalet vårddygn som utskrivningsklara patienter har vårdats i slutna vård, se SOU 2015:20 avsnitt 4.9. Utredningen visar att sett över landet får patienter som bedömts vara utskrivningsklara ligga kvar nästan dubbelt så länge i genomsnitt i vissa landsting jämfört med rikets genomsnitt. Variationerna är således stora mellan olika landsting och mellan olika kommuner inom samma landsting. För riket är antalet vårddygn för utskrivningsklara i slutna somatisk vård 2014 nära fyra, där vissa landsting anger lite drygt två dagar och andra uppemot sju. Eftersom skillnaderna är stora mellan länen är det enligt regeringens mening svårt att ange ett visst antal fristdagar som utan problem skulle fungera i alla delar av landet. Risken är – om nivån sätts för högt – att alla huvudmän kommer att tillämpa denna i stället för att på allvar tillsammans analysera och sätta ambitionsnivåerna så att planeringstiden (väntetiden) kan anpassas efter de lokala förutsättningarna. Det finns också en risk för att utskrivningsklara patienter får stanna fler dagar i slutna vård än i dag.

Sammantaget anser regeringen att antalet fristdagar i backup-lösningen bör kortas i förhållande till vad som gäller i dag enligt betalningsansvarslagen. Regeringen föreslår att lagstiftningen ska ange tre fristdagar innan kommunernas betalningsansvar inträder. Förslaget innebär att det är kalenderdagar som avses och inte vardagar som i nuvarande lagstiftning. Det betyder att helger, midsommarafton, julafton och nyårsafton också kan räknas som fristdagar. Tidsfristen sätts med

beaktande av de län som bäst lyckats få ned antalet dagar, dvs. den standard som bevisligen är fullt möjlig att uppnå. Många kommuner skulle klara en tidsfrist om tre dagar redan i dag att döma av vad utredningen redovisat.

Enligt förslaget ska betalningsansvaret inträda tre dagar efter det att den slutna vården har underrättat berörda enheter om att en patient har bedömts som utskrivningsklar, se också avsnitt 5.8. Tidpunkten beräknas utifrån när meddelandet skickats. Det bör understrykas att berörda enheter redan i inskrivningsmeddelandet har fått underrättelse om när patienten beräknas vara utskrivningsklar. Därmed bör inte en underrättelse att patienten bedömts som utskrivningsklar komma som en överraskning för berörda enheter.

För ökad tydlighet föreslår regeringen vidare att det ska framgå av den nya lagen att om en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar lämnas efter klockan 12.00 ska kommunens betalningsansvar inträda fyra dagar efter det att underrättelse lämnats. Som exempel kan anges följande.

Exempel 1: patienten bedöms som utskrivningsklar kl. 10.00 en måndag, den slutna vården underrättar berörda enheter att patienten bedömts som utskrivningsklar kl. 11.00. Måndagen är då fristdag 1, tisdag är fristdag två och onsdag fristdag tre. Från och med torsdagen inträder kommunens betalningsansvar.

Exempel 2: patienten bedöms som utskrivningsklar kl. 10.00 en måndag, den slutna vården underrättar berörda enheter att patienten bedömts som utskrivningsklar kl. 13.00 samma dag. Måndagen är då fristdag 1, tisdag är fristdag två, onsdag fristdag tre, torsdag fristdag fyra. Från och med fredagen inträder kommunens betalningsansvar.

Ingen särbehandling av patienter inom psykiatrin avseende fristdagar och belopp

Enligt dagens lagstiftning är fristdagarna olika många för patienter i somatisk vård respektive psykiatrisk vård. Utredningens förslag innebär att i den nationella backup-lösningen är fristdagarna lika för alla patientgrupper som omfattas av lagen. Huvudmännen kan i sina respektive överenskommelser besluta något annat.

Ljungby kommun påpekar att många av personerna med psykisk ohälsa har haft en lång vårdtid inom slutenvården. För att denna övergång ska bli bra krävs en längre planering för att mindre kommuner ska kunna ge omsorgstagaren individuellt anpassad hjälp enligt dennes behov t.ex. boende, sysselsättning och kompetens i omvårdnaden. *Stockholms stad* och *Linköpings kommun* ser möjligheten till förenklad och flexibel handläggning som en förutsättning för att nå målsättningen i utredningsförslaget om att minska ledtider. Regeringen har i avsnitt 5.7 föreslagit att de berörda enheterna ska påbörja planering av insatser inför patientens utskrivning redan i samband med att den slutna vården har skickat ett inskrivningsmeddelande. I meddelandet ska det bl.a. framgå

en bedömning av utskrivningsdag vilket ytterligare bör förbättra förutsättningarna för planeringen. Medelvårdtiderna är, precis som Ljungby kommun påpekar, betydligt längre för patienter inom psykiatri än för patienter i somatisk vård. Även om förslaget innebär en stor sänkning av fristdagarna för patienter inom psykiatrisk vård behöver det således vid långa vårdtider i praktiken inte bli någon dramatisk skillnad jämfört med dagens system, berörda enheter har haft god tid på sig att planera inför fortsatta insatser. När det gäller frågan om förenklad handläggning framgår bl.a. av avsnitt 5.7 att frågan delvis utreds men att uttrycken ”förenklad handläggning” eller ”förenklad utredning” varken finns i socialtjänstlagstiftningen eller i någon annan lagstiftning. Det går därmed inte generellt att säga om en viss modell för sådan förenklad handläggning eller utredning är förenlig med eller uppfyller de krav som finns i lagar, förordningar och föreskrifter som gäller för handläggningen av vissa typer av socialtjänstinsatser. Det avgörande är om de olika moment som ingår i handläggningen tillgodoser de krav som finns i lagstiftningen, främst socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och förvaltningslagen (1986:223).

Ett skäl som skulle motivera en fortsatt särbehandling av patienter inom psykiatrisk slutenvård skulle vara att kommunen regelmässigt har svårare att verkställa beslut för dessa patienter och att denna svårighet förklaras av gruppens särart som sådan. Flera kommuner, bland andra *Borås stad*, *Ljusdals kommun*, *Ovanåkers kommun* och *Örebro kommun* påpekar att det för gruppen patienter som skrivs ut från slutenvård krävs mer tid för planering och verkställande och ser med oro på förslaget om att minska antalet fristdagar. Utredningen konstaterar i betänkandet att det inte finns några underlag som visar att denna patientgrupp som grupp betraktat har sådan särart att det alltid är svårare att planera för insatser (SOU 2015:20 s. 258). Regeringen kan därför inte se att patienter som vårdats i slutenvård som kollektiv skulle vara så mycket svårare att verkställa beslut för att det skulle motivera avsteg från principen om jämlik vård. Däremot finns det givetvis för vissa enskilda individer problem med att planera för och verkställa adekvata insatser och åtgärder, såväl vid utskrivning från somatisk som från psykiatrisk slutenvård. Dessa problem skulle enligt regeringens mening minska betydligt om huvudmän och verksamheter hade en samsyn över organisationsgränser om hur vårdprocesser och vårdnivåer ska se ut lokalt och om man i förväg kommit överens om hur man ska samarbeta runt såväl grupper av patienter som på individnivå. *Kungälv kommun* ser, liksom regeringen, positivt på att alla patienter behandlas likvärdigt, oavsett om man behandlats inom somatisk vård eller psykiatri. Detta underlättar arbetet med att sätta fokus på patientens funktion och vård/omsorgsbehov. Att likställa alla specialiteter är enligt kommunen ett mycket välkommet förslag även om backup-förslaget kommer att bli utmanande att leva upp till.

Socialstyrelsen delar utredningens syn att reglerna för patienter i psykiatrisk vård ska vara samma som för övriga patienter men ser att det finns en risk för att patienter i psykiatrisk vård inte får den vård och omsorg som de behöver efter utskrivning från slutna vård om fristdagarna på kort tid minskas från trettio till tre. *Socialstyrelsen* ser att det finns ett behov av ytterligare utredning och mer omfattande åtgärder för implementeringsstöd än på andra patientgruppers områden, innan fristdagarna för patienter i psykiatrisk vård kan sättas till samma nivå som för övriga patienter. Myndigheten föreslår därför att den nya lagens ikraftträdande senareläggs för denna grupp patienter för att ge tid till sådana åtgärder. Även *SKL* menar att ett snabbt ikraftträdande inte tar hänsyn till nödvändig omställning av verksamheterna. *SKL* delar visserligen utredningens bedömning att det ur ett jämlikhetsperspektiv och även utifrån ambitionen att tillskapa en god och effektiv vård är rimligt att det inte görs någon särbehandling av patienter inom psykiatrin avseende fristdagar och belopp, men ser samtidigt stora utmaningar framförallt inom psykiatrin. Regeringen instämmer i behovet av att ge framförallt kommunerna god tid att förbereda sig inför omställningen och utvecklar sin inställning ytterligare i avsnitt 5.16.

Kristianstads kommun förordar en flexiblere planeringstid inför utskrivning där ärenden med redan pågående insatser, t.ex. boendestöd och boende i särskilt boende, kan ha en kort planeringstid. Patienter med samsjuklighet, hemlöshet och omfattande nya behov av vård och omsorg kan behöva en längre planeringstid. Kommunen befarar att den kommunala vården och omsorgen får prioritera snabba och inte alltid så genomtänkta hemtagningar från sjukhus till förmån för mer långsiktigt, genomtänkt och kvalitativt omhändertagande av den enskilde. *Munkedals kommun* anser att 3-dagarsregeln bör ses över för sköra och utsatta grupper och personer med destruktivt beteende. Kommunen pekar på att det är ett stort ansvar för huvudmännen att organisera utskrivning så att stabilitet och trygghet skapas kring dessa medborgare och att det är en liten men resurskrävande patientgrupp som kräver specifik kompetens hos huvudmännen. Regeringen instämmer i att det mycket väl kan finnas anledning att differentiera planeringstiden – och därmed i viss mån fristiderna – och förutsätter att huvudmännen tar tillfället i akt att tillsammans finna de lösningar som passar bäst i just sin lokala/regionala kontext.

Sedan den 1 januari 2010 är landsting och kommuner skyldiga att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar. Detta framgår av 5 kap. 8 a § SoL och 8 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL. Den senare bestämmelsen kommer att ersättas av 16 kap. 3 § den nya hälso- och sjukvårdslagen när den lagen träder i kraft den 1 april 2017 (jfr prop. 2016/17:43). På motsvarande sätt är huvudmännen sedan den 1 juli 2013 skyldiga att komma överens hur de ska samverka avseende personer som missbrukar alkohol, narkotika eller andra beroendeframkallande medel,

läkemedel eller dopningsmedel. Detta anges i 5 kap. 9 a § SoL och 8 b § HSL. Den senare bestämmelsen kommer att ersättas av 16 kap. 3 § nya hälso- och sjukvårdslagen. Huvudmännens redan befintliga skyldighet att teckna samverkansöverenskommelser för dessa grupper bör sammantaget minska problemen med att det i utskrivningssituationer uppstår konflikter mellan huvudmännen om hur den enskildes fortsatta behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst ska tillgodoses. I sammanhanget bör det också erinras om att socialtjänstens ansvar för personer med psykiska funktionsnedsättningar är detsamma som för andra grupper inom socialtjänsten. Regeringen befarar att ett generellt tillåtande av ett längre antal frist dagar för personer med psykiska funktionsnedsättningar indirekt kan innebära en legitimering av att insatser till denna grupp prioriteras ned.

5.14.2 Kommunen ska betala ett belopp motsvarande genomsnittskostnad för ett vård dygn

<p>Regeringens förslag: Om huvudmännen inte har kommit överens om vilket belopp som kommunen ska betala vid eventuell överträdelse av tidsfristen, ska kommunen lämna ersättning för vård av utskrivningsklara patienter med det belopp som motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vård dygn i den slutna vården.</p>

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. I sitt lagförslag föreslog utredningen att beloppet skulle motsvara genomsnittskostnaden för en vårdplats och inte ett vård dygn, men i allmänmotiveringen angav utredningen att genomsnittskostnaden skulle avse vård dygn.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inga invändningar mot förslaget. *Sveriges Kommuner och Landsting, SKL* menar att det borde utredas om ett alternativ skulle kunna vara att utveckla och använda de ersättningsbelopp som regleras i riksavtalet för utomlänsvård. Det lokala inflytandet över besluten om ersättningsnivåerna skulle då stärkas. En tillämpning av riksavtalets regler om skälig ersättning innebär i praktiken att landstingen vid debiteringen av kommunerna använder sig av sina regionala prislistor. Dessa priser är anpassade för att täcka de varierande kostnader som finns hos olika vårdenheter. De används vid debitering av andra landsting vid utomlänsvård och gentemot Försäkringskassan vid vård av personer från bl.a. andra EU-länder. Prislistorna används också vid debitering av Migrationsverket vid vård av asylsökande. SKL menar att ersättningen från kommuner till landsting i framtiden borde kunna regleras på ett sådant sätt. Initialt tillstyrker dock SKL att, om överenskommelse om annat saknas, använda sig av en statligt fastställd ersättning som grundas på genomsnittskostnad.

Skälen för regeringens förslag: Enligt 12 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, nedan kallad betalningsansvarslagen ska ersättning för vård av utskrivningsklara patienter lämnas med belopp som motsvarar den omvårdnad som patienten får på enheten. Beloppen ska motsvara genomsnittet i riket och räknas om årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i riket. Detta gäller såvida inte landsting och kommun kommit överens om annan ersättning – så länge denna inte understiger den genomsnittliga kostnaden för omvårdnaden av patienter vid en enhet för geriatrisk vård. Beloppen fastställs i förordningen (1991:1278) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Enligt förordningens 3–4 §§ är de nationellt fastställda beloppen differentierade i somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård och psykiatrisk vård. Utredningen om betalningsansvar påpekar att om huvudmännen eftersträvar differentiering av de belopp som kommunen ska betala till landstinget så blir differentieringen mer adekvat om den anpassas till förhållandena inom det aktuella landstinget. En differentiering på nationell nivå tillför egentligen inget mervärde för parterna med hänsyn till att kostnaderna för olika typer av slutenvårdsplatser varierar kraftigt mellan olika landsting. Regeringen instämmer i vad utredningen anför.

Regeringen föreslår i avsnitt 5.13 att huvudmännen ska överenskomma om vilka belopp som ska tillämpas när det kommunala betalningsansvaret aktualiseras. I de fall huvudmännen inte kan komma överens om detta ska det finnas ett belopp som fastställs på nationell nivå. Ett sådant nationellt fastställt belopp behövs också för patienter som vårdas i ett annat landsting än det som ansvarig kommun tillhör.

SKL tillstyrker initialt men menar att det borde utredas om ett alternativ skulle kunna vara att utveckla och använda de ersättningsbelopp som regleras i riksavtalet för utomlänsvård. Det lokala inflytandet över besluten om ersättningsnivåerna skulle då stärkas. SKL menar att en tillämpning av riksavtalets regler om skälig ersättning i praktiken innebär att landstingen vid debiteringen av kommunerna använder sig av sina regionala prislistor. Dessa priser är anpassade för att täcka de varierande kostnader som finns hos olika vårdenheter. SKL anför vidare att dessa priser används vid debitering av andra landsting vid utomlänsvård och gentemot Försäkringskassan vid vård av personer från bl.a. andra EUländer. Prislistorna används också vid debitering av Migrationsverket vid vård av asylsökande. SKL menar att ersättningen från kommuner till landsting i framtiden borde kunna regleras på ett sådant sätt. Regeringen ser att de belopp som återfinns i riksavtalet för utomlänsvård mycket väl kan utgöra modell för vad huvudmännen sinsemellan kommer överens om, på det sättet stärks – liksom SKL framför – det lokala inflytandet över ersättningsnivåerna.

Lagstiftning om kommunernas betalningsansvar är primärt avsedd att fungera som ett incitament till effektiva vårdprocesser. En sekundär funktion är att utgöra betalningsreglemente. Mot bakgrund av att

huvudmännen själva får komma överens om beloppen kan det nationellt fastställda beloppet vara odifferentierat. Framtagandet av beloppet bör vara så administrativt enkelt som möjligt. Liksom utredningen bedömer regeringen att det bör beräknas som ett medelvärde av kostnaden för vård dygn i slutna vård över hela landet.

5.14.3 Beloppet ska räknas upp årligen med hänsyn till prisutvecklingen på vård dygn i riket

Regeringens förslag: Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska årligen fastställa det belopp som motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vård dygn i den slutna vården. Detta belopp ska räknas om årligen med hänsyn till utvecklingen av kostnader för vårdplatser i den slutna vården.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Ingen remissinstans har haft något att invända mot förslaget.

Skälen för regeringens förslag

Enligt 5 § förordningen (1991:1278) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård ska Skatteverket varje år lämna underlag till regeringen för omräkning av beloppen. Underlaget ska innehålla uppgift om den beräknade procentuella förändringen av skatteunderlaget för det innevarande året jämfört med året dessförinnan dels för riket, dels för varje landsting. Beloppen räknas således upp med hänsyn taget till "betalningsförmåga" och inte med hänsyn till kostnadsutvecklingen för slutenvårdsplatser. Utredningen om betalningsansvarslagen anser att denna uppräkningsprincip varit olycklig då beloppen under årens gång har kommit att hamna allt längre ifrån ett verkligt genomsnittspris. Utredningen uppskattar, mot bakgrund av de underlag som utredningen haft att tillgå, att ett sådant belopp i dagsläget kan hamna omkring 6 000 kronor per dygn. Regeringen delar i stort vad utredningen kommit fram till i fråga om grundbelopp.

Ett sätt att hantera en årlig uppräkning vore att utifrån reell kostnadsutveckling baserat på underlag från all slutenvård räkna fram ett nytt genomsnitt. Utredningen bedömer emellertid att ett sådant förfarande skulle innebära stora arbetsinsatser som inte skulle motsvaras av nyttan av ett sådant arbete. Ett vanligt sätt att hantera uppräkning av belopp är istället att använda index. Vilket befintligt index som är lämpligast att använda är avhängigt vilka kostnader som avses. I detta fall torde lönekostnader vara den dominerande kostnadsposten. Övriga kostnader hänförliga till en vårdplats, lokaler, utrustning och läkemedel torde i normalfallet vara en mindre del av den totala kostnaden.

Det index som utredningen funnit vara mest adekvat att använda i dagsläget är VPI, vårdprisindex, som tas fram av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. Syftet med detta index är att indexeringen ska leda till att den ekonomiska ersättning som en utförare får för att bedriva en verksamhet ska vara reellt oförändrad mellan åren. Indexeringen ska leda till att utföraren får kompensation för allmänna pris- och löneökningar.

Utredningen anser att det efter en tid bör göras en analys av beloppens utveckling för att säkerställa att beloppet inte blir för högt eller släpar efter utvecklingen av vårdplatskostnader.

Processen med att fastställa det nationella beloppet

Det belopp som ska fastställas rör huvudmännens transaktioner sinsemellan och berör således inte statsbudgeten. Det saknas därför skäl till att regeringen ska fastställa detta i förordning. En mer ändamålsenlig hantering är att en expertmyndighet både ansvarar för att ta fram och besluta om beloppet.

Utredningen förordar att regeringen genom en förordning uppdrar åt lämplig myndighet att årligen fastställa det belopp som åsytas i den förslagna lagstiftningen och bedömer att Socialstyrelsen är mest lämpad för den uppgiften. Detta mot bakgrund av att Socialstyrelsen förvaltar och underhåller den svenska delen av NordDRG som torde kunna utgöra en lämplig kunskapsbas för framräkning av de årliga beloppen. NordDRG har utvecklats för slutenvård, psykiatri, rehabilitering, dagkirurgi samt öppenvård på sjukhus. DRG-systemet innebär att patienter med likartad diagnos och resursförbrukning grupperas i en och samma grupp. DRG är ett överskådligt sätt att beskriva patientsammansättningen ("case mix") på olika sjukhus eller i olika landsting, vilket gör det relativt enkelt att göra jämförelser över tiden eller att jämföra kvaliteten på vården. Eftersom DRG-systemet tar hänsyn till resursförbrukning, dvs. kostnader, kan det också användas för att jämföra olika sjukhus avseende kostnadseffektivitet, så kallad "benchmarking".

Regeringen instämmer med utredningen och föreslår därför att det av den nya lagen ska införas ett bemyndigande om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om det belopp som kommunen ska betala.

Utredningen påpekar vikten av att huvudmännen ges möjlighet att påverka beloppets storlek. Regeringen håller med utredningen om att SKL lämpligen bör höras innan det nationella beloppet fastställs.

5.15 Ytterligare bemyndiganden

Regeringens bedömning: Ytterligare bemyndiganden i lag behövs inte.

Utredningens bedömning: Överensstämmer i sak med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inga invändningar mot förslaget.

Skälen för regeringens bedömning: I avsnitt 5.14.3 föreslås att ett bemyndigande införs i den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om det belopp som kommunen ska betala om huvudmännen inte kommer överens om annat.

Utöver detta bemyndigande förutsätter regeringen att huvudmännen i överenskommelser ska reglera närmare vilka rutiner som ska gälla för samverkan mellan verksamheter som finansieras av landsting och kommun. Med samverkan avses även den informationsöverföring som är nödvändig för patientens vård- och omsorgsprocesser.

Regeringen bedömer emellertid att det trots huvudmännens gemensamma riktlinjer för samverkan kan finnas behov av mer detaljerade bestämmelser utöver de som finns i lagen. Sådana föreskrifter bör precis som i dag meddelas på myndighetsnivå, lämpligen av Socialstyrelsen.

I anledning av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård har Socialstyrelsen meddelat Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård. Föreskrifterna är meddelade med stöd av normgivningsbemyndigandet i 2 § 1 och 4 samt 3 § 1 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. Av 2 § 1 denna förordning framgår att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvård enligt 32 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Den senare bestämmelsen kommer att ersättas av 6 kap. 2 § 4 när den nya hälso- och sjukvårdslagen träder i kraft den 1 april 2017. Av 32 § hälso- och sjukvårdslagen framgår att regeringen får överlåta åt Socialstyrelsen att meddela föreskrifter till skydd för enskilda.

Regeringen bedömer inte att några ytterligare bemyndiganden i lag behöver införas.

5.16 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

<p>Regeringens förslag: Den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, lagen om ändring i patientlagen och lagen om ändring i offentlighets- och sekretesslagen samt följdändringarna i de andra lagarna ska träda i kraft den 1 januari 2018. Lagen tillämpas dock inte fram till och med den 31 december 2018 för patienter som vårdas i slutna psykiatrisk vård. Genom lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård upphävs lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Den upphävda lagen ska dock fortsätta att tillämpas fram till och med</p>

den 31 december 2018 för patienter som vårdas i slutna psykiatrisk
vård.

Utredningens förslag: Utredningen föreslog att den nya lagen och ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), socialtjänstlagen (2001:453) och patientlagen (2014:821) skulle träda i kraft den 1 juli 2016, då lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård skulle upphöra. Utredningen föreslog inga övergångsbestämmelser.

Remissinstanserna: Ett antal remissinstanser ifrågasätter den korta tid för ikraftträdande som utredningen föreslår. Bland andra *Östergötlands läns landsting*, *Dalarnas läns landsting*, *Örebro läns landsting* och *Åre kommun* påpekar att ett ikraftträdande mitt i sommaren är mindre lämpligt då det infaller mitt i semesterperioden då många vikarier är i tjänst. Flera remissinstanser, bl.a. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* och *Hudiksvalls kommun* anser att huvudmännen måste ges tid att förbereda sig för att undvika att backup-lösningens tre dagar blir norm. Det behövs mer tid för att nå en lokal överenskommelse samt för de metodförändringar som behövs i det nya arbetssättet för alla inblandade parter. *Socialstyrelsen* anser att det finns en risk för att patienter i psykiatrisk vård inte får den vård och omsorg som de behöver efter utskrivning från slutna vård om fristdagarna minskas från trettio till tre med så kort varsel. Myndigheten föreslår därför att den nya lagens ikraftträdande senareläggs för denna grupp patienter. Ett par remissinstanser, däribland *Kalmar läns landsting* och *Malmö Stad* föreslår att det bör skapas övergångsbestämmelser som möjliggör ett successivt införande gällande de skärpta fristdagarna. *Värmlands läns landsting* menar att huvudmännen måste ges god tid till både utvecklingsarbete och att förhandla för att skapa förutsättningar till korrekt utformade och väl förankrade överenskommelser.

Skälen för regeringens förslag: Den nya lagen innebär ett flertal ändringar i jämförelse med den nuvarande lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. För landstingen och kommunerna innebär den nya lagen behov av att anpassa sina verksamheter, fastställa nya riktlinjer för samverkan mellan berörda enheter samt träffa överenskommelser om kommuners betalningsansvar. Det är även viktigt att ikraftträdandet av den föreslagna lagen kan samordnas med ikraftträdandet av de myndighetsföreskrifter och allmänna råd som den nya lagen föranleder.

Flertalet remissinstanser ifrågasätter den korta tid för ikraftträdande som utredningen föreslår och flera instanser, bl.a. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* och *Hudiksvalls kommun* anser att huvudmännen måste ges tid att förbereda sig för att undvika att backup-lösningens tre dagar blir norm. Det behövs mer tid för att nå en lokal överenskommelse samt för de metodförändringar som behövs i det nya arbetssättet för alla inblandade parter. Även *Värmlands läns landsting* anser att

huvudmännen måste ges god tid till både utvecklingsarbete och att förhandla för att skapa förutsättningar för korrekt utformade och väl förankrade överenskommelser. Vidare påpekar bl.a. *Östergötlands läns landsting*, *Dalarnas läns landsting*, *Örebro läns landsting* och *Åre kommun* att ett ikraftträdande mitt i sommaren är mindre lämpligt då det infaller mitt i semesterperioden då många vikarier är i tjänst. Regeringen instämmer i vad som framförs och föreslår därmed att den nya lagen bör träda i kraft den 1 januari 2018 och att lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård ska upphävas vid samma tidpunkt. Även ändringarna i socialtjänstlagen (2001:453), offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), patientlagen (2014:821) och den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:000) ska träda ikraft den 1 januari 2018.

Emellertid har flera remissinstanser angett den särskilda utmaning som det föreslagna regelverket kan medföra för verksamheter inom psykiatrin. *Socialstyrelsen* anser att det finns en risk för att patienter i psykiatrisk vård inte får den vård och omsorg som de behöver efter utskrivning från slutna vård om fristdagarna minskas från trettio till tre med så kort varsel. Myndigheten föreslår därför att den nya lagens ikraftträdande senareläggs för denna grupp patienter. Även *Kalmar läns landsting* och *Malmö Stad* m.fl. föreslår att det bör skapas övergångsbestämmelser som möjliggör ett successivt införande gällande de skärpta fristdagarna. Regeringen instämmer och anser att den då upphävda lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård ska fortsätta att gälla fram till och med den 31 december 2018 för patienter som vårdas i slutna psykiatrisk vård. Därmed avses patienter som vårdas inom hälso- och sjukvårdens slutna psykiatriska enheter samt de personer som vårdas i slutna psykiatrisk tvångsvård och slutna rättspsykiatrisk tvångsvård i enlighet med lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård respektive lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

5.17 Konsekvenser av förslagen

Regeringens bedömning: Förslaget om en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård medför inga direkta kostnadsökningar för den kommunala sektorn eller för staten.

Förslagen medför inte några nya administrativa uppgifter för landsting och kommuner, men vissa uppgifter flyttas från en verksamhet till en annan.

Den kommunala självstyrelsen påverkas inte av förslagen och inte heller jämställdheten mellan kvinnor och män.

Utredningens bedömning: Överensstämmer huvudsakligen med regeringens.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser instämmer eller har valt att inte yttra sig över utredningens bedömning. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* menar att utredningens förslag inte kan ses som en förändrad ambitionsnivå i förhållande till staten. SKL menar också att huvudspåret måste vara lokala överenskommelser där även dessa frågor regleras utifrån lokala förutsättningar. SKL anser vidare att utredningen inte på ett tillfredställande sätt bedömt konsekvenserna för kvinnor och män. *Västernorrlands läns landsting* är enigt med utredningen om att kostnaderna generellt sett inte ökar och att finansieringsprincipen inte är tillämplig. *Borgholms kommun* anser att finansieringsprincipen ska tillämpas. *Handikappförbunden* anser bl.a. att förslagets konsekvenser för den administrativa belastningen måste gå igenom. Läkarna bör endast användas för de moment i processen som de oundgängligen behövs för. *Blekinge läns landsting* instämmer i att administrationen totalt sett knappast ökar men konstaterar att omfördelningen internt inom landstinget av ansvar för koordinering av den samordnade planeringen ställer krav på översyn av de ekonomiska förutsättningarna för den öppna vården. Flera kommuner, däribland *Västerviks kommun*, *Uppsala kommun*, *Kristianstads kommun*, och *Munkedals kommun* påtalar att förslagen förutsätter att bemanningen förändras och då specifikt över helgdagar, vilket kan komma att medföra en ökning av bl.a. personalkostnader. *Uppsala läns landsting* ser att modellen med fast vårdkontakt i öppenvården samt mer frekvent användning av samordnade individuella planer kommer bli tidskrävande uppgifter för öppenvården. *Kommunförbundet Norrbotten* räknar med att lagförslaget kommer att innebära betydande kostnadsökningar för kommunen och anser att förslaget innebär en ambitionshöjning som medför ökade kostnader för personalresurser. *Västmanlands läns landsting* anser att det ur ett patientperspektiv är positivt att ansvaret för vårdplaneringen lyfts över till den öppna hälso- och sjukvården och kan med fördel genomföras utanför sjukhuset till exempel i patientens hem, men att detta inte kan ske inom befintliga ramar utan att resurstillskott tillförs. *Botkyrka kommun* anser bl.a. att Stockholms och andra storstadsregioners särskilda förutsättningar inte är tillräckligt belysta. Bristen på bostäder påverkar i hög grad socialtjänstens möjligheter att bistå brukare i deras behov och genererar stora kostnader. *Åtvidabergs kommun* ser att en konsekvens av lagen kan bli att en del kommuner väljer att istället för att anställa fler biståndshandläggare hellre betalar enligt betalningsansvaret då detta kan komma att bli ett billigare alternativ. Vidare anser kommunen att utredningen belyst konsekvenserna för psykiatrin väldigt lite, en mer djupgående analys behövs. *Norrbottens läns landsting* påtalar att de genom skatteväxling har överfört resurser från den landstingsfinansierade öppna hälso- och sjukvården till den kommunala hälso- och sjukvården. Detta gör att dessa resurser inte längre finns inom den landstingsfinansierade öppna vården. Landstinget befarar därför att det kan uppstå problem med resurser inom den landstingsfinansierade öppna

vården för det fall den nya lagstiftningen införs. De resurser som genom skatteväxling överförs från den landstingsfinansierade öppna hälso- och sjukvården till den kommunala hälso- och sjukvården måste i sådana fall återgå till landstinget.

Skälen för regeringens bedömning

Såsom har angetts under avsnitt 4.1 bedömer regeringen att dagens situation som bl.a. innebär att patienter i onödan tillbringar tid i slutenvård visar på ineffektiva processer som inte tillgodoser patienternas behov av trygghet och av god vård och omsorg. Regeringen vill genom att lyfta huvudmännens ansvar för att tillgodose den enskildes behov vid och efter utskrivning från slutenvård skapa bättre förutsättningar för en trygg och effektiv process. Vidare vill regeringen med den nya lagen betona vikten av samverkan mellan huvudmännen för att få processerna lokalt anpassade och för att skapa en bättre samsyn kring patientgruppens behov.

Ett alternativ till att genomföra de förslag som regeringen lägger fram, hade självfallet varit att fortsättningsvis låta lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, här efter betalningsansvarslagen, reglera vad som ska gälla vid utskrivning från slutenvård. Regeringen har dock vid kontakter med företrädare för såväl landsting som kommuner förstått att huvudmännen inte heller är nöjda med rådande situation och regelverk. Det framgår också av remissyttrandena till utredningens förslag att det finns en förväntan hos huvudmännen om en bättre och tydligare lagstiftning. Regeringen gör därför bedömningen att det förslag som nu föreligger är den bästa lösningen.

Aktörer som berörs av lagförslagen är förutom landsting och kommuner, verksamheter som bedrivs i privat regi men med offentlig finansiering samt i viss mån staten.

Ekonomiska konsekvenser för huvudmännen

Ansvar för utskrivningsklara patienter övergick från landsting till kommunerna i samband med Ädelreformen 1992 (för såväl äldre som personer under 65 år med funktionsnedsättningar) respektive psykiatrireformen 1995 och huvudmännen skatteväxlade för att kompensera kommunerna denna ansvarsflyttning. Regeringens förslag tillför inte något nytt kostnadsansvar för kommunerna eller flyttar ansvar från en huvudman till en annan. Regeringens förslag innebär inte heller att några nya patientgrupper tillkommer i lagstiftningen om betalningsansvar.

Liksom utredningen om betalningsansvarslagen gör regeringen bedömningen att inga nämnbara nya skyldigheter tillkommer för någondera huvudman. Vissa uppgifter, såsom att kalla till samordnad individuell planering, flyttas från en del av landstingets hälso- och sjukvård till en annan, men överflyttas inte till annan huvudman.

Utredningen föreslår att landsting och kommuner ska vara skyldiga att överenskomma om tidsfrister, belopp och tvistlösning. Regeringens förslag innebär inte någon ny skyldighet för huvudmännen utan att dessa istället får överenskomma om tidsfrister, belopp och annat såsom tvistlösning. Regeringen anger dock att det många gånger är att föredra att huvudmännen tar hänsyn till lokala och regionala förutsättningar genom överenskommelser.

Västernorrlands läns landsting delar utredningens bedömning om att kostnaderna generellt sett inte ökar och att finansieringsprincipen inte är tillämplig. *Borgholms kommun* anser å andra sidan att finansieringsprincipen ska tillämpas och *Kommunförbundet Norrbotten* anser att förslaget innebär en ambitionshöjning som medför ökade kostnader för personalresurser. Regeringen bedömer, liksom *SKL*, att förslaget inte kan ses som en förändrad ambitionsnivå i förhållande till staten. Några nya uppgifter har inte tillförts sektorn och inte heller påverkar förslagen landstings eller kommuners möjlighet att ta ut avgifter. Regeringen delar därför utredningens och *Västernorrlands läns landstings* bedömning om att den kommunala finansieringsprincipen inte är tillämplig i detta fall. Förslagen har dessutom ingen påverkan på förhållandet mellan staten och kommunsektorn utan endast relationen mellan landsting och kommun. *SKL* påtalar också att huvudspåret måste vara lokala överenskommelser där frågor om fristdagar m.m. regleras utifrån lokala förutsättningar. Som regeringen har angett i avsnitt 5.13 bör landsting och kommuner såsom huvudmän ha ett ansvar för att se till hela processen vid utskrivning från slutenvård och därigenom även ta den andra huvudmannens förutsättningar och möjligheter i beaktande. I annat fall riskerar patienten i slutänden att drabbas negativt. Om det utifrån lokala förutsättningar bedöms nödvändigt att under en övergångsperiod överenskomma om fler fristdagar bör det därför vara möjligt att överenskomma om detta.

Ett antal remissinstanser, däribland *Kommunförbundet Norrbotten*, *Västerviks kommun*, *Uppsala kommun*, *Kristianstads kommun* och *Munkedals kommun* påtalar att förslagen förutsätter att bemanningen förändras och då specifikt över helgdagar, vilket kan komma att medföra en ökning av bl.a. personalkostnader. *Åtvidabergs kommun* ser dessutom att en konsekvens av lagen kan bli att en del kommuner väljer att istället för att anställa fler biståndshandläggare hellre betalar enligt betalningsansvaret då detta kan komma att bli billigare än att anställa fler biståndshandläggare. Regeringen vill här, liksom utredningen om betalningsansvarslagen gör, framhålla att det redan i dag är fullt möjligt att korta planeringstiden på det sätt som den s.k. backup-lösningen innebär utan att kostnaderna för överträdelse av fristdagar kommer att öka för kommunerna. Inte heller bör en förkortning av antal fristdagar generellt leda till högre kostnader för insatser till målgruppen – denna liksom behoven är desamma som i dag. Utredningen har i betänkandet beskrivit att många kommuner arbetar effektivt redan i dag och att de har

banat väg för ett nytt sätt att tänka och visat att förändring är fullt möjlig, se SOU 2015:20 avsnitt 9. Regeringens uppfattning är att såväl landsting som kommuner har den enskildes bästa för ögonen. Risken för att vissa kommuner hellre skulle betala för patienter i sluten vård än ta hem dem och ge dem de insatser som de har behov av bedömer regeringen därför som liten.

Regeringens förslag innebär att det *i första hand* är huvudmännen själva som ska ta ansvar för frist dagar och belopp – med beaktande av målgruppens behov av en trygg utskrivning från sluten vård och bägge huvudmäns förutsättningar. Först om detta inte har kunnat ske ska reglerna i 5 kap. i den nya lagen tillämpas.

Uppsala läns landsting och *Västmanlands läns landsting* framhåller att såväl användandet av fast vårdkontakt i öppenvård som flytt av ansvar för samordnad planering från sluten vård till öppen vård kommer att bli tidskrävande och förutsätter resurstillskott. Även *Norrbottnens län landsting* befarar att det kan uppstå problem med resurser inom den landstingsfinansierade öppna vården för det fall den nya lagstiftningen införs. Landstinget påtalar att de genom skatteväxling har överfört resurser från den landstingsfinansierade öppna hälso- och sjukvården till den kommunala hälso- och sjukvården. Detta gör att dessa resurser inte längre finns inom den landstingsfinansierade öppna vården. De resurser som genom skatteväxling överförts från den landstingsfinansierade öppna hälso- och sjukvården till den kommunala hälso- och sjukvården måste i sådana fall återgå till landstinget.

Regeringens förslag innebär, som anges ovan, inga för huvudmännen nya skyldigheter och heller ingen förflyttning av ansvar mellan huvudmännen. Någon skatteväxling mellan huvudmännen bör därmed inte bli aktuell. Skyldigheten för verksamhetschef att utse en fast vårdkontakt för patienter är lagreglerad sedan 2010 och är därmed ingen nyhet. Regeringen anser dessutom att de patienter som omfattas av lagen typiskt sett redan borde ha en fast vårdkontakt utsedd för sig, då detta ska ske när det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården. Vidare innebär förslaget att ansvaret för att kalla till samordnad planering flyttas från den slutna vården till den öppna landstingsfinansierade vården. Regeringen framhåller att förslaget inte medför att några nya uppgifter för landstinget uppkommer utan att ansvaret för att kalla till samordnad planering får hanteras inom ramen för landstingets övergripande ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatt inom landstinget.

Sammanfattningsvis delar regeringen utredningens slutsats om att förslagen inte medför några kostnadsökningar för den kommunala sektorn som skulle föranleda kompensation enligt finansieringsprincipen.

Administrativa konsekvenser för huvudmännen och för verksamheterna

Regeringens förslag till ny lag tillför som angetts ovan inga nya uppgifter eller skyldigheter för huvudmännen. Däremot innebär förslagen bl.a. att

kallelse till samordnad individuell plan ska skickas från den landstingsfinansierade öppna vården – och inte som i dag från den slutna vården och att en fast vårdkontakt, i de fall patienten har ett fortsatt behov av insatser från hälso- och sjukvården, ska utses i den landstingsfinansierade öppna vården. Dessa skyldigheter åligger således verksamheterna. *Blekinge läns landsting* instämmer i att administrationen totalt sett knappast ökar men konstaterar att omfördelningen internt inom landstinget av ansvar för koordinering av den samordnade planeringen ställer krav på översyn av de ekonomiska förutsättningarna för den öppna vården. En ambition som utredningen har haft med sina förslag och som regeringen delar är att säkerställa den landstingsfinansierade öppna vårdens engagemang i den fortsatta vården av patienter som skrivs ut från sjukhus. Detta är också något som många av remissinstanserna önskar. Förslagen betonar vikten av att patienter som omfattas av lagen får en fast vårdkontakt utsedd för sig. En fast vårdkontakt ska enligt nu gällande regelverk bl.a. kunna bistå patienten i att samordna vårdens insatser, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten (se prop. 2009/10:67 s. 60 ff.). Att ansvaret att skicka kallelse till samordnad individuell planering läggs på den fast vårdkontakten får mot den bakgrunden anses vara naturligt.

Regeringen instämmer i vad *Handikappförbunden* framför om att förslagets konsekvenser för den administrativa belastningen måste gås igenom. Läkarna bör endast användas för de moment i processen som de oundgängligen behövs för. I den mån det har varit möjligt har regeringen vinnlagt sig om att göra förslagen professionsneutrala. I de delar förslagen innebär en administrativ uppgift som att t.ex. skicka inskrivningsmeddelande, skicka underrättelse om att en patient är utskrivningsklar samt säkerställa informationsöverföring till andra enheter och till patienten har regeringen övervägt och funnit att dessa uppgifter lämpligen bör läggas på den slutna vården istället för den behandlande läkaren.

Landstingsfinansierad öppen vård som bedrivs i privat regi påverkas på samma sätt som offentliga verksamheter. Regeringens bedömning är som angetts ovan att i den mån förslagen upplevs medföra ytterligare administration eller uppgifter för verksamheterna är dessa uppgifter inte nya utan borde redan i dag belasta den öppna vården i högre grad än vad som nu sker.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör enligt 14 kap. 3 § regeringsformen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Vid en inskränkning av det kommunala självstyret ska en proportionalitetsbedömning genomföras.

Regeringen gör bedömningen att förslaget till ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård inte påverkar det kommunala

självstyret. Förslaget innehåller inte några förändringar avseende ansvarsförhållanden huvudmännen emellan eller i förhållande till staten. Huvudmännen åläggs inga nya skyldigheter eller uppgifter. Utredningen har föreslagit en ny skyldighet för huvudmännen att ingå överenskommelser om frist dagar och belopp för betalningsansvar. Regeringen föreslår istället att detta ska vara frivilligt men förutsätter att huvudmännen själva ska se så många fördelar med att själva få råda över dessa frågor att en majoritet av dem kommer att ingå sådana överenskommelser. Den nya lagen förtydligar hur målgruppens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet ska hanteras samt när i tid en samordnad planering ska göras när patienten inte längre har behov av den slutna vårdens insatser. En skyldighet att utse fast vårdkontakt för patienter finns redan i dag och likaså en skyldighet att upprätta en vårdplan för patienter som efter att ha skrivits ut från landstingets slutna vård bedöms behöva kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård (10 b § betalningsansvarslagen). Utifrån denna bakgrund anser inte regeringen att någon proportionalitetsbedömning kan göras.

Konsekvenser för staten

Förslaget till ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård innebär att staten ska ha i uppgift att årligen fastställa ett belopp motsvarande genomsnittskostnaden för ett vård dygn. Motsvarande uppgift har staten redan i dag genom regleringen i betalningsansvarslagen och förordningen (1991:1278) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Utredningen har utöver förslaget till ny lag och process för samverkan vid utskrivning från slutna vård även föreslagit att staten genom olika insatser ska stödja genomförandet och huvudmännen i sitt arbete. Dessa förslag och vilka eventuella kostnader de medför för staten hanteras i annan ordning och kommenteras inte i lagrådsremissen.

Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män

Förslagen i lagrådsremissen träffar alla kvinnor, män, flickor och pojkar som efter att de skrivits ut från slutna vård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Utredningen om betalningsansvarslagen gör bedömningen att fler kvinnor än män sannolikt berörs av förslagen och att förslagen inte har någon påverkan på jämställdheten mellan kvinnor och män. SKL anser att utredningen inte på ett tillfredställande sätt bedömt konsekvenserna för kvinnor och män. SKL påpekar att det inte framgår om det finns skillnader eller likhet i vårdplanering och hänvisningar till olika vård- och boendeformer. Könsupplad statistik och analys av olika åtgärder saknas varför det enligt SKL ter sig omöjligt att dra slutsatsen att förslaget inte har någon påverkan på jämställdhet mellan kvinnor och män.

Av utredningens betänkande framkommer bl.a. att vid en inventering av utskrivningsklara patienter 2007 var cirka 60 procent av de utskrivningsklara patienterna kvinnor. Det innebär att en något större del av lagens målgrupp utgörs av kvinnor. Regeringen instämmer dock med vad SKL framför och ser inte att det underlag som utredningen presenterat i sig kan leda till slutsatsen att förslagen inte har någon påverkan på jämställdheten mellan kvinnor och män. Regeringens förslag utgår emellertid från att det är den enskilda kvinnans eller mannens behov av insatser efter slutenvårdstiden som ska styra processen i det enskilda fallet. Vilka dessa insatser är eller hur de utformas utifrån enskildas förutsättningar, behov och önskemål kan säkert påverkas av kön men regeringen menar att detta ligger utanför den föreslagna lagens tillämpningsområde. Lagen handlar uteslutande om vilka de olika stegen inför utskrivning ska vara på systemnivå – dvs. det som måste ske på individnivå ska landsting och kommuner ansvara för att planera, bedöma och utföra. Regeringen gör därför liksom utredning ändå bedömningen att förslagen i sig själva inte påverkar jämställdheten mellan kvinnor och män, vare sig positivt eller negativt.

Övriga konsekvenser

Utöver de konsekvenser som har redogjorts för ovan har ett par remissinstanser lämnat ytterligare kommentarer. *Botkyrka kommun* anser bl.a. att Stockholms och andra storstadsregioners särskilda förutsättningar inte är tillräckligt belysta. Bristen på bostäder påverkar i hög grad socialtjänstens möjligheter att bistå brukare i deras behov och genererar stora kostnader.

Regeringen har förståelse för att situationen skiljer sig mellan olika kommuner och mellan landstingen men vill här erinra om att de enskilda brukarnas behov av stöd och insatser kommer att vara desamma som nu vid den nya lagens ikraftträdande – dvs. några nya behov som just skulle försvåra för storstadsregionerna uppkommer inte som en följd av lagen. Regeringen vill också påminna om att förslagen bl.a. innebär att berörda enheter i kommunen och landstinget ska påbörja sin planering inför patientens utskrivning *redan vid mottagandet* av ett inskrivningsmeddelande. Om planering av insatser och stöd påbörjas först när patienten är utskrivningsklar och inte längre är i behov av slutenvård skulle patientens möjlighet att tryggt och snabbt skrivas ut till insatser från kommunen och landstingets öppna vård riskera att försenas. Kostnader för utskrivningsklara patienter skatteväxlades redan i samband med 1990-talets reformer. Att acceptera att patienter i onödan vistas i sjukhusmiljö i veckor, eller till och med i månader, utan att kommunen behöver ta ett ekonomiskt ansvar för dem är inte patientsäkert och inte heller kostnadseffektivt. Förutom det lidande som onödig vistelse i slutenvård kan medföra för den enskilde skulle en snabbare process möjliggöra kortare väntetider till slutenvård för andra patienter. Slutligen är det regeringens uppfattning att lokala förutsättningar bäst tillvaras genom att

landsting och kommuner fastställer gemensamma rutiner för samverkan och tecknar gemensamma överenskommelser om frist dagar och belopp.

Åtvidabergs kommun anser att utredningen har belyst konsekvenserna för psykiatrien väldigt lite och att en mer djupgående analys behövs. På samma sätt som ovan vill regeringen anföra att behoven av fortsatt stöd och vård hos patienter som vårdats inom slutna psykiatrisk vård, inklusive psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård inte i sig förändras i och med den nya lagen. Vidare vill regeringen, liksom utredningen gör, påminna om att såväl regeringen som andra aktörer sedan många år har varslat om att fristdagarna på sikt måste harmonieras och att det inte är motiverat med den åtskillnad som nu görs. Med anledning av att många remissinstanser, detta till trots, tycks helt oförberedda på det förslag som utredningen lämnat har regeringen valt att skjuta på ikraftträdandet av den nya lagen ett år för patienter som vårdas i slutna psykiatrisk vård. Detta bör möjliggöra för både kommunerna och landstingen att se över sina arbetssätt och processer samt i dialog med varandra finna bästa möjliga lösningar för patienterna. Regeringen har i avsnitt 5.13 angett att det finns ett ansvar för båda huvudmännen att se, inte bara till egna utan även den andra, huvudmannens förutsättningar och förhållanden. I annat fall riskerar patienten i slutändan att drabbas negativt. Om det utifrån lokala förutsättningar bedöms nödvändigt att under en övergångsperiod överenskomma om fler frist dagar bör det vara möjligt att göra det.

6 Författningskommentar

6.1 Förslaget till lag (2017:000) om samverkan vid utskrivning från slutna vård

1 kap. Inledande bestämmelser

Lagens innehåll och tillämpningsområde

1 § I denna lag finns bestämmelser om

1. *samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från slutna vård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården,*

2. *hur insatserna ska planeras för enskilda som efter utskrivning behöver insatser från flera berörda enheter inom de aktuella verksamheterna, och*

3. *kommunens betalningsansvar för vissa utskrivningsklara patienter.*

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

Paragrafen beskriver lagens innehåll. Enligt paragrafens *första stycke* innehåller lagen bestämmelser om samverkan för att möjliggöra planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från den slutna vården kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Lagen ska alltså inte tillämpas i samband med utskrivning av patienter som inte har sådana behov.

Paragrafen anger även att det i lagen finns bestämmelser om hur insatser ska planeras när samverkan behövs från flera enheter. Vidare anges det att lagen även innehåller bestämmelser om kommunens betalningsansvar för vissa utskrivningsklara patienter.

Enligt paragrafens *andra stycke* ska vad som i lagen sägs om landsting även gälla kommuner som inte ingår i ett landsting.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.2.

Lagens syfte

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

Paragrafen anger lagens syfte. God vård och socialtjänst av hög kvalitet innebär bl.a. att en enskild får insatser av den eller de aktörer som bäst kan tillgodose den enskildes behov. Målet med lagen är att den ska leda till en trygg och säker utskrivningsprocess och att den så långt möjligt ska bidra till att den enskilde inte i onödan ska behöva tillbringa tid på sjukhus. En förbättrad utskrivningsprocess möjliggörs av att de olika verksamheterna och huvudmännen var och en ger en god hälso- och sjukvård respektive en socialtjänst av god kvalitet. Det huvudsakliga ansvaret och skyldigheterna som verksamheter och huvudmän har är reglerat i annan lagstiftning såsom hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och socialtjänstlagen (2001:453). Nämnda hälso- och sjukvårdslag kommer att ersättas av en nya hälso- och sjukvårdslag den 1 april 2017 (jfr prop. 2016/17:43).

Den slutna vård som avses är hälso- och sjukvård som ges under intagning vid en vårdinrättning, jfr 1 kap. 3 § denna lag. Den slutna vården omfattar även slutna psykiatrisk tvångsvård och slutna rättspsykiatrisk vård i enlighet med lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård samt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.3.

Uttryck i lagen

3 § I denna lag avses med

1. hälso- och sjukvård: åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter,
2. socialtjänst: insatser för en enskild enligt författningarna om socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade samt insatser enligt de särskilda författningarna om vård utan samtycke av unga eller av missbrukare,
3. sluten vård: hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning,
4. öppen vård: annan hälso- och sjukvård än sluten vård, och
5. utskrivningsklar: 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.

I paragrafen finns vissa av de uttryck som används i lagen definierade.

Uttrycket *hälso- och sjukvård* har samma innebörd som den som anges i patientlagen (2014:821). Till skillnad från definitionen av hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen (jfr 2 kap. 1 § nya hälso- och sjukvårdslagen och 1 § nuvarande hälso- och sjukvårdslag [1982:763, HSL]), omfattar definitionen i nu aktuella lag inte omhändertagande av avlidna. All psykiatrisk vård omfattas av begreppet, således även den vård som ges med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV.

Uttrycket *socialtjänst* hänvisar till socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall samt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Uttrycken *sluten vård* och *öppen vård* har samma utformning som 2 kap. 4 och 5 §§ i den nya hälso- och sjukvårdslagen (jfr 5 § HSL).

Uttrycket *utskrivningsklar* definieras på samma sätt som i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Det ankommer på den behandlande läkaren att avgöra om en patient är utskrivningsklar. Enligt förarbetena avgör läkaren med hänsyn tagen till patientens tillstånd samt till vetenskap och beprövad erfarenhet när en patient är utskrivningsklar, det vill säga när patienten inte längre är i behov av den slutna vården (prop. 2002/03:20 s. 41).

I likhet med nämnda förarbete så omfattar uttrycket *utskrivningsklar* även utskrivningsklara patienter i sluten psykiatrisk vård. Med det avses dels sådan vård som getts i frivilliga former enligt hälso- och sjukvårdslagen, dels sådan vård som getts med stöd av LPT eller LRV. För en patient som tvångsvårdats enligt LPT eller LRV måste den

behandlande läkarens bedömning i vissa fall föregås av ett beslut av domstolen att tvångsvården ska upphöra.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.4.

2 kap. Inskrivningsmeddelande och planering

Inskrivningsmeddelande

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

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

Paragrafen motsvarar delvis 10 a § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. För att landsting och kommun ska kunna erbjuda god hälso- och sjukvård samt socialtjänst av god kvalitet så snart det är möjligt efter det att en patient bedöms vara utskrivningsklar är det viktigt att säkerställa att planeringsarbetet kommer igång tidigt i processen. Med ett inskrivningsmeddelande avses ett meddelande till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, den landstingsfinansierade öppna vården och socialtjänsten som syftar till att informera om att en viss patient har blivit intagen i den slutna vården och att denne kan komma att behöva vård och omsorg när han eller hon är utskrivningsklar. Genom inskrivningsmeddelandet får de berörda enheterna en signal om att en patient kan komma att behöva insatser och enheternas planering kan därmed påbörjas.

Meddelandet ska skickas av den slutna vården och det är vårdgivaren som får bestämma vem inom den slutna vården som ska skicka inskrivningsmeddelandet.

Av *andra stycket* framgår att i de fall insatser bedöms behövas av den kommunala hälso- och sjukvården ska ett inskrivningsmeddelande även skickas till den landstingsfinansierade öppna vården såsom primärvård, öppen psykiatrisk vård eller annan öppen specialiserad vård. Den landstingsfinansierade öppna vården kommer därmed att anses vara en berörd enhet vid planeringen av den vård och omsorg patienten kan komma att behöva efter det att denne skrivits ut från den slutna vården, såväl när den landstingsfinansierade öppna vården uttryckligen har ett eget ansvar för patientens insatser som när insatserna huvudsakligen ska genomföras inom den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården.

Det är viktigt att ansvariga aktörer tidigt kan inleda planeringen av de insatser som den enskilde kan komma att behöva så att övergången från den slutna vården till socialtjänsten och den öppna vården blir så bra som

möjlig för den enskilde. Bestämmelsen får sekretessbrytande effekt enligt 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och därtill införs en sekretessbrytande bestämmelse i 25 kap. samma lag (se avsnitt 6.3). Bestämmelsen innebär även att uppgifterna kan lämnas utan hinder av den tystnadsplikt som gäller vid enskilt bedriven hälso- och sjukvård enligt 6 kap. 12–14 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.5.1 och 5.5.4.

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

I paragrafen anges att ett inskrivningsmeddelande ska innehålla patientens namn, personnummer, folkbokföringsadress och beräknad tidpunkt för utskrivning. Bestämmelsen får sekretessbrytande effekt enligt 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och därtill införs en sekretessbrytande bestämmelse i 25 kap. samma lag (se avsnitt 6.3). Bestämmelsen innebär även att uppgifterna kan lämnas utan hinder av den tystnadsplikt som gäller vid enskilt bedriven hälso- och sjukvård enligt 6 kap. 12–14 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659). Ytterligare uppgifter får skickas med patientens samtycke eller i övrigt med beaktande av bestämmelserna om tystnadsplikt och sekretess i patientsäkerhetslagen och offentlighets- och sekretesslagen.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.5.3 och 5.5.4.

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

Paragrafen anger tidpunkten för när ett inskrivningsmeddelande ska skickas till berörda enheter. Informationen behöver komma tidigt till de berörda enheterna för att dessa ska hinna planera den vård och omsorg en patient kan vara i behov av vid utskrivningen. Meddelandet ska skickas senast 24 timmar efter det att patienten har skrivits in i den slutna vården. Om behandlande läkaren först senare under vårdförloppet bedömer att en patient kan komma att behöva insatser av socialtjänst eller hälso- och sjukvård efter det att denne skrivits ut från den slutna vården ska inskrivningsmeddelandet skickas till berörda enheter senast 24 timmar efter det att den behandlande läkaren gjorde den bedömningen.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.5.2.

4 § *Om den beräknade tidpunkten för utskrivning ändras efter det att ett inskrivningsmeddelande har skickats, ska den slutna*

vården så snart det är möjligt underrätta de berörda enheterna om den nya beräknade tidpunkten för utskrivning.

Paragrafen anger en skyldighet för den slutna vården att så snart det är möjligt meddela berörda enheter om att den beräknade tidpunkten för utskrivning har ändrats. Som framgår av 1 § så ska ett inskrivningsmeddelande även skickas till den landstingsfinansierade öppna vården i de fall patienten bedöms behöva kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Den landstingsfinansierade öppna vården är därmed att anse som berörd enhet. Bestämmelsen får sekretessbrytande effekt enligt 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och därtill införs en sekretessbrytande bestämmelse i 25 kap. samma lag. Bestämmelsen innebär även att uppgifterna kan lämnas utan hinder av den tystnadsplikt som gäller vid enskilt bedriven hälso- och sjukvård enligt 6 kap. 12–14 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659). Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.5.3 och 5.5.4.

Fast vårdkontakt i den öppna vården

5 § När en enhet i den landstingsfinansierade öppna vården har tagit emot ett inskrivningsmeddelande i fråga om en patient, ska verksamhetschefen vid den enheten utse en fast vårdkontakt för patienten. Verksamhetschefen ska utse den fasta vårdkontakten innan patienten skrivs ut från den slutna vården.

Om patienten redan har en fast vårdkontakt vid enheten, får denne fortsätta att vara patientens fasta vårdkontakt.

Enligt 6 kap. 1 § patientlagen (2014:821) ska patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet i vården tillgodoses och olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska enligt 6 kap. 2 § patientlagen en fast vårdkontakt utses för patienten. Verksamhetschefens ansvar för att i sådana fall utse den fasta vårdkontakten regleras i 29 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL. Denna bestämmelse föreslås dock utgå i den nya hälso- och sjukvårdslagen som träder i kraft den 1 april 2017. Bestämmelsen kan i stället komma att flyttas till förordning eller föreskrift.

De patienter som har ett fortsatt sjukvårdsbehov efter utskrivning från den slutna vården är generellt en patientgrupp med särskilt stora behov av kontinuitet och samordning m.m. Verksamhetschefen för den enhet som ska ansvara för patientens vård inom den landstingsfinansierade öppna vården, ska enligt paragrafens *första stycke* utse en fast vårdkontakt för patienten. Som framgår av förarbetena till 6 kap. 2 § patientlagen och 29 a § HSL ska verksamhetschefen så långt det är möjligt samråda med och respektera patientens önskemål när den person som ska vara patientens vårdkontakt utses. Samordning av insatser och förmedling av information med t.ex. andra myndigheter förutsätter dock samtycke från patienten och att allmänna bestämmelser om sekretess

beaktas (jfr prop. 2009/10:67 s. 61 f. och 80 f. och prop. 2013/14:106 s. 99 f. och 122).

I paragrafen anges det att verksamhetschefen ska utse den fasta vårdkontakten innan patienten skrivs ut från den slutna vården. Syftet med bestämmelsen är att det ska finnas någon som ansvarar för patientens trygghet, säkerhet, kontinuitet och samordning efter utskrivningen.

Av *andra stycket* framgår att i de fall patienten redan har en fast vårdkontakt vid berörd öppenvårdsenhet får denne fortsätta att vara patientens fasta vårdkontakten.

Den fasta vårdkontakten ska enligt 4 kap. 3 § kalla till den samordnade individuella vårdplaneringen.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.6.

Planering inför patientens utskrivning

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

I paragrafen anges en skyldighet för de enheter som fått inskrivningsmeddelandet att påbörja sin planering av de insatser som patienten kan komma att behöva efter utskrivning från den slutna vården. Till skillnad från vad som anges i 4 kap. 1 § ska planeringen avse den egna enhetens insatser. Planeringen ska påbörjas redan när enheten får ett inskrivningsmeddelande avseende en viss patient. Det innebär att en enhet i vissa fall då patienten vistas längre tid i slutna vård får god tid att förbereda inför de insatser som patienten har behov av, i andra fall får enheten en mer begränsad tid att planera. Bestämmelsen innebär inte någon skyldighet att kommunicera information med andra enheter. Först i samband med utskrivning aktualiseras den samordnade planeringen med övriga enheter enligt 4 kap. 1 §.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.7.

3 kap. Åtgärder vid utskrivning

Underrättelse om att en patient är utskrivningsklar

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

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

För att patienten ska få de insatser som han eller hon bedömts behöva efter utskrivningen eller för att underlätta planeringen av de insatser som patienten kan behöva efter utskrivningen ska den slutna vården underrätta berörda enheter att patienten har bedömts vara utskrivningsklar. Om insatser bedöms behövas av den kommunala hälso- och sjukvården är även landstingets öppna vård en berörd enhet som ska få nämnda underrättelse. Bestämmelsen är inte tillämplig på patienter som efter utskrivningen inte behöver insatser från landsting eller kommun.

Underrättelse ska skickas av den slutna vården vilket innebär att det är vårdgivaren som får bestämma vem inom den slutna vården som ska skicka meddelandet till berörda enheter. I likhet med vad som anges i kommentaren till 1 kap. 3 § så omfattar uttrycket utskrivningsklar även utskrivningsklara patienter i slutna psykiatrisk vård. Med den senare avses dels sådan vård som getts i frivilliga former enligt hälso- och sjukvårdslagen, dels sådan vård som getts med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). För en patient som tvångsvårdats enligt LPT eller LRV måste den behandlande läkarens bedömning om att patienten är utskrivningsklar i vissa fall föregås av ett beslut av domstolen att tvångsvården ska upphöra.

Underrättelse ska dock endast skickas om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det. Det innebär att bestämmelsen inte föreskriver en sådan uppgiftsskyldighet som innebär att den är sekretessbrytande enligt 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller att den bryter tystnadsplikten i 6 kap. 12–14 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659). För att uppgifterna ska få lämnas ut krävs den enskildes samtycke. Uppgifterna kan också lämnas ut efter det att en prövning i det enskilda fallet har gjorts och det har bedömts att sekretess inte föreligger eller att en annan sekretessbrytande bestämmelse är tillämplig, t.ex. 25 kap. 13 § offentlighets- och sekretesslagen. Utgångspunkten för all vård och behandling är ett väl utvecklat samarbete med patienten själv och, i förekommande fall, hans eller hennes närstående. Det ankommer därför såväl på hälso- och sjukvården som socialtjänsten att först och främst prata med patienten och efterfråga hans eller hennes inställning till att uppgiftslämnande sker.

I *andra stycket* anges att en underrättelse i enlighet med 7 a § LPT motsvarar en underrättelse enligt första stycket. Enlig nämnda bestämmelse ska chefsöverläkaren underrätta berörd enhet vid landsting, kommun eller annan huvudman om beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård. I 12 a § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård anges det att vid ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård tillämpas bl.a. 7 a § LPT och att vad som sägs i den bestämmelsen om öppen psykisk tvångsvård i stället gäller öppen rättspsykiatrisk vård. Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.8.

Informationsöverföring vid utskrivning

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

I paragrafen anges det att den slutna vården ska överföra den information som är nödvändig för att patienten ska få de insatser som denne behöver från socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Informationsöverföringen ska göras senast samma dag som patienten skrivs ut. Informationen får dock endast överföras om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det. Bestämmelsen innehåller inte en sådan uppgiftsskyldighet som innebär att den är sekretessbrytande enligt 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller att den bryter tystnadsplikten i 6 kap. 12–14 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659). För att uppgifterna ska få lämnas ut krävs den enskildes samtycke. Uppgifterna kan också lämnas ut efter det att en prövning i det enskilda fallet har gjorts och det har bedömts att sekretess inte föreligger eller att en annan sekretessbrytande bestämmelse är tillämplig, t.ex. 25 kap. 13 § offentlighets- och sekretesslagen.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.9.

Information till patienten

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

Paragrafen innehåller en upplysningsbestämmelse om att närmare bestämmelser om att den information som ska ges till patienten och dennes närstående vid utskrivning anges i 3 kap. patientlagen (2014:821). En ny bestämmelse införs i 3 kap. patientlagen om den information som en patient ska och bör få vid utskrivning från slutna vården i de fall avsikten är att patienten ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller landstingsfinansierad öppen vård, jfr kommentaren i avsnitt 6.4. I 3 kap. patientlagen anges även att om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en närstående till honom eller henne, om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta. Vidare anges att i 3 kap. patientlagen att den information som lämnas ska vara anpassad till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Det kan noteras att det även anges att mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.10.

4 kap. Samverkan mellan landsting och kommun

Samordnad individuell planering

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

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

I paragrafens första stycke anges en skyldighet för enheter inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården att genomföra en samordnad individuell planering för en patient som efter utskrivningen från slutenvård har behov av insatser från både landsting och kommun.

I bestämmelsen anges även att i de fall en patient bedöms behöva insatser från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården ska även den landstingsfinansierade öppna vården vara med i planeringen. Det innebär att om en patient bedöms behöva hälso- och sjukvård efter utskrivningen så kommer den landstingsfinansierade öppna vården att vara en enhet som ska delta i planeringen. Om patienten bedöms endast behöva, eller samtycka till, socialtjänst behöver en samordnad individuell planering enligt nu aktuella bestämmelse inte ske. Detsamma gäller i de fall patienten endast bedöms behöva, eller samtycker till, insatser från den landstingsfinansierade öppna vården.

I andra stycket anges att för patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård ska vårdplaneringen genomföras enligt bestämmelserna om en samordnad vårdplan i 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 12 a § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Det är chefsöverläkaren som har ansvaret för att upprätta en sådan plan.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.11.1.

2 § Vid den samordnade individuella planeringen ska enheterna upprätta en individuell plan i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena hälso- och sjukvårdslagen (2017:000) och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen (2001:453). Planen får upprättas om patienten samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

I befintlig lagstiftning finns flera bestämmelser om planering av insatser för en enskild. I 16 kap. 4 § nya hälso- och sjukvårdslagen (3 f §

nuvarande hälso- och sjukvårdslagen [1982:763, HSL]) och i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) finns generella bestämmelser om planering av insatser för enskilda som har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Bestämmelserna om individuell plan i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ska enligt förarbetena inte tillämpas av den kommunala hälso- och sjukvården (prop. 2008/09:193 s. 22), medan nu aktuell bestämmelse även omfattar denna verksamhet, jfr kommentaren till 1 §. Bestämmelserna om individuell plan och nu aktuella bestämmelse om en samordnad individuell planering kan komma att omfatta samma patienter. Berörda enheter bör därför göra en bedömning i vilken mån olika planer kan behöva samordnas.

I likhet med vad som anges i 16 kap. 4 § nya hälso- och sjukvårdslagen (3 f § nuvarande HSL) och i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen ska en plan bara upprättas om den enskilde samtycker till det. Som anges i förarbetena till nämnda bestämmelser, innebär detta att i de fall den enskildes tillstånd medför att han eller hon inte kan lämna samtycke bör kontakt tas med närstående för att få en uppfattning om den enskildes inställning. Av förarbetena framgår även att begreppet närstående ska här ges en vid innebörd och förutom familj och släktingar även omfatta andra som den enskilde har en nära personlig relation till. Någon ändring i sekretessbestämmelserna föreslås inte avseende planeringen av samordnad individuell planering, varför dessa sekretessbestämmelser måste iaktas i kontakten mellan landsting, kommun och andra myndigheter (prop. 2008/09:193 s. 30).

Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. En kallelse till den samordnade individuella planeringen ska skickas i enlighet med 4 kap.

3 §.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.11.1 och 5.11.3.

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

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

Enligt bestämmelsen är det patientens fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppna vården som har ansvaret för att kalla berörda enheter till den samordnade individuella planeringen.

När det gäller patienter som enbart behöver insatser från socialtjänsten efter utskrivningen har den fasta vårdkontakten inget ansvar att kalla till samordnad individuell planering. Detta är en följd av att en samordnad individuell planering enligt 1 § första stycket inte ska ske om patienten endast har behov av socialtjänst (jfr kommentaren till 4 kap. 1 §).

Bedömningen av när och var planeringen ska genomföras bör göras utifrån patientens behov. Ibland kan det vara nödvändigt med en omedelbar planeringsinsats från kommun och landsting redan under

patientens vistelse i slutenvård. Kallelsen ska dock skickas senast tre dagar efter att en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar har skickats.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.11.2.

Riktlinjer och överenskommelse

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

Paragrafen innebär att landsting och kommun ska i egenskap av huvudmän för verksamhet inom hälso- och sjukvård och socialtjänst utarbeta gemensamma riktlinjer för verksamheterna om samverkan enligt denna lag. Inom ansvarsområdet kan huvudmännen t.ex. bestämma vilket system för informationsöverföring som ska användas och övergripande riktlinjer för samverkan m.m. Huvudmännens riktlinjer får sedan ligga till grund för mera verksamhetsnära rutiner.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.13.

5 § *Landsting och kommun får träffa en överenskommelse om att kommunens betalningsansvar ska inträda vid en annan tidpunkt än den som anges i 5 kap. 4 § eller med ett annat belopp än det som bestäms enligt 5 kap. 7 §.*

Paragrafen innebär att landsting och kommuner får träffa överenskommelser om när en kommuns betalningsansvar ska inträda och till vilket belopp. Ingenting hindrar huvudmännen att exempelvis överenskomma om en gradvis nedtrappning av fristdagar, eller på annat sätt skräddarsy processen utifrån lokal och regional hänsyn. Om sådan överenskommelse inte träffas kommer de tidfrister och belopp som anges i 5 kap. 4 och 7 §§ att tillämpas.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.13.

5 kap. Kommunens betalningsansvar

1 § *En kommun betalar i enlighet med 2–7 §§ ersättning till ett landsting för en patient som vårdas inom den slutna vården efter det att den behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar.*

Paragrafen reglerar när betalningsansvaret för en patient som vårdas inom den slutna vården övergår till kommunen. Detta ska enligt bestämmelsen inträffa när den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Ytterligare förutsättningar för betalningsansvaret framgår av 2–7 §§.

Av bestämmelsen i 1 kap. 3 § framgår att med utskrivningsklar avses att en patients hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården. Bestämmelsen tillämpas om patienten efter utskrivningen bedöms behöva insatser från både landsting och kommun men även om patienten endast bedöms behöva insatser från kommunen i form av socialtjänst.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.12.1.

2 § En kommuns betalningsansvar omfattar patienter som är folkbokförda i kommunen.

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

Paragrafen beskriver vilka utskrivningsklara patienter som kommunen har betalningsansvar för. En kommun har enligt paragrafen betalningsansvar för patienter som är folkbokförda i kommunen. Kommunen har därutöver även betalningsansvar för de patienter som enligt kommunens beslut vistas i en annan kommun i sådan särskild boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Denna undantagsregel motsvarar vissa av de fall där placeringskommunen behåller ansvaret för stöd och hjälp åt den enskilde i enlighet med 2 a kap. 4 § socialtjänstlagen.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.12.1.

3 § Kommunens betalningsansvar inträder

1. om den slutna vården har underrättat kommunen om att patienten har skrivits in i enlighet med 2 kap. 1–3 §§, och

2. den slutna vården har underrättat berörda enheter i kommunen om att patienten är utskrivningsklar.

En underrättelse i enlighet med 7 a § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård ska motsvara en underrättelse enligt första stycket 2.

Paragrafen innebär att en förutsättning för att en kommun kan bli betalningsansvarig är att den slutna vården har skickat ett inskrivningsmeddelande till berörda enheter i kommunen i enlighet med 2 kap. 1–3 §§ denna lag. Därtill ska den slutna vården även ha underrättat berörda enheter i kommunen om att patienten är utskrivningsklar. Den senare underrättelsen kan dock ersättas med den underrättelse en chefsöverläkare ska skicka till berörd enhet vid

landsting, kommun eller annan huvudmän i enlighet med 7 a § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Bestämmelsen omfattar de patienter som efter utskrivning från den slutna vården bedöms vara i behov av stöd och hjälp från såväl landsting och kommun som de som endast är i behov av stöd och hjälp av kommunen.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.12.2.

4 § Om det inte finns någon överenskommelse om tidpunkten enligt 4 kap. 5 §, ska kommunens betalningsansvar enligt 3 § inträda tre dagar efter det att en underrättelse enligt 3 § 2 har skickats. Om en sådan underrättelse skickas efter klockan 12.00, ska kommunens betalningsansvar emellertid inträda fyra dagar efter det att underrättelsen har skickats.

Paragrafen ska endast gälla om huvudmännen inte har kommit överens om annat enligt 4 kap. 5 §.

Kommunens betalningsansvar ska inträda tre dagar efter det att den slutna vården har skickat en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar. Motsvarande gäller i de fall chefsöverläkaren har underrättat berörda enheter i enlighet med 7 a § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Med tre dagar avses tre kalenderdagar. Bestämmelsen omfattar de patienter som efter utskrivning från den slutna vården bedöms vara i behov av stöd och hjälp från såväl landsting och kommun som de som endast är i behov av stöd och hjälp av kommunen.

I andra meningen finns en bestämmelse om hur tidsfristen ska räknas. Om en underrättelse enligt första stycket lämnas efter klockan 12, ska kommunens betalningsansvar inträda fyra dagar efter det att underrättelsen har lämnats.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.14.1.

5 § I de fall en samordnad individuell planering ska genomföras enligt 4 kap. 1 och 2 §§ inträder kommunens betalningsansvar enligt 3 § under förutsättning att den fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppna vården har kallat till samordnad individuell planering i enlighet med 4 kap. 3 §.

Enligt paragrafen inträder kommunens betalningsansvar i de fall patienten bedöms behöva hälso- och sjukvård efter utskrivningen från den slutna vården och om den fasta vårdkontakten har kallat till samordnad individuell planering i enlighet med 4 kap. 3 §.

Om patienten bedöms behöva kommunalt finansierad hälso- och sjukvård efter utskrivningen ska den landstingsfinansierade öppna vården medverka i samordningen kring en patient i enlighet med 4 kap. 1 §. Om patienten däremot endast bedöms behöva socialtjänst efter utskrivning kommer bestämmelsen om

samordnad individuell planering inte att vara tillämpbar. I dessa fall behöver en samordnad individuell planering inte ske enligt 4 kap. 1 § denna lag. Kommunen blir i stället betalningsansvarig för dessa patienter i enlighet med övriga bestämmelser i 5 kap. denna lag.

Om den fasta vårdkontakten inte kallar till samordnad individuell planering trots att alla förutsättningar i 4 kap. 1–2 §§ är uppfyllda så blir kommunen inte betalningsansvarig. Om patienten inte lämnar sitt samtycke till att planering får ske kan den fasta vårdkontakten emellertid inte kalla till en samordnad individuell planering. I dessa fall blir kommunen betalningsskyldig för den vård patienten får inom den slutna vården efter det att den behandlande läkaren har bedömt patienten är utskrivningsklar och i enlighet med övriga bestämmelser i 5 kap. denna lag. Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.12.2.

6 § *Kommunens betalningsansvar enligt 3 § ska inte inträda om patienten inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att sådana insatser som den landstingsfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga, eller det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga.*

Enligt paragrafen så inträder inte kommunens betalningsansvar om utskrivningen av patienten inte kan ske beroende på att de insatser som landstinget ansvarar för inte kan utföras. Betalningsansvaret ligger då kvar på landstinget. En liknande bestämmelse finns i 11 a § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.12.2.

7 § *Om det inte finns någon överenskommelse om belopp enligt 4 kap. 5 §, ska kommunen lämna ersättning för vård av utskrivningsklara patienter med det belopp som motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vård dygn i den slutna vården. Detta belopp ska räknas om årligen med hänsyn till utvecklingen av kostnader för vårdplatser i den slutna vården.*

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

I paragrafen anges hur ersättning för vård som ges av ett landsting ska beräknas. Paragrafen ska endast gälla om inte huvudmännen har kommit överens om annan ersättning enligt 4 kap. 5 §.

Av *andra stycket* framgår att regeringen avser fastställa de aktuella beloppen i föreskrifter.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.14.2 och 5.14.3.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

1. *Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.*

2. *Lagen tillämpas dock inte fram till och med den 31 december 2018 för patienter som vårdas i sluten psykiatrisk vård.*
3. *Genom lagen upphävs lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.*
4. *Den upphävda lagen ska dock fortsätta att tillämpas fram till och med den 31 december 2018 för patienter som vårdas i sluten psykiatrisk vård.*

Av första och tredje punkterna framgår att den nya lagen träder i kraft den 1 januari 2018 och att lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård upphävs genom den nya lagen.

I andra och fjärde punkterna finns övergångsbestämmelser som innebär att den upphävda lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård fortfarande ska gälla fram till och med den 31 december 2018 för patienter som vårdas i sluten psykiatrisk vård. De patienter som avses är de inom hälso- och sjukvårdens slutna psykiatriska vård inklusive de patienter som vårdas inom slutna psykiatrisk tvångsvård och slutna rättspsykiatrisk tvångsvård i enlighet med lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård respektive lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.16.

6.2 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen

(2001:453)

8 kap. 5 § *Den enskildes avgifter får*

1. *för hemtjänst och dagverksamhet, tillsammans med avgifter som avses i 17 kap. 8 § första stycket 1 och 2 hälso- och sjukvårdslagen (2017:000), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,5392 prisbasbelopp,*

2. *för bostad i särskilt boende per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,5539 prisbasbelopp.*

Ändringen i första punkten är en följd av den ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:000) som anges i avsnitt 6.5.

Ikraftträdandebestämmelse

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

Lagen ska träda i kraft samma dag som lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, dvs. 1 januari 2018.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.16.

6.3 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

25 kap. 11 § Sekretessen enligt 1 § hindrar inte att uppgift lämnas

1. från en myndighet som bedriver verksamhet som avses i 1 § i en kommun till en annan sådan myndighet i samma kommun,
2. från en myndighet som bedriver verksamhet som avses i 1 § i ett landsting till en annan sådan myndighet i samma landsting,
3. till en myndighet som bedriver verksamhet som avses i 1 § eller till en enskild vårdgivare enligt vad som föreskrivs om sammanhållen journalföring i patientdatalagen (2008:355),
4. till ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister enligt patientdatalagen,
5. från en myndighet som bedriver verksamhet som avses i 1 § inom en kommun eller ett landsting till annan sådan myndighet för forskning eller framställning av statistik eller för administration på verksamhetsområdet, om det inte kan antas att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men om uppgiften röjs, eller
6. till en enskild enligt vad som föreskrivs i
 - lagen (1988:1473) om undersökning beträffande vissa smittsamma sjukdomar i brottmål,
 - lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård,
 - smittskyddslagen (2004:168),
 - 6 och 7 kap. lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.,
 - lagen (2006:496) om blodsäkerhet,
 - lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler,
 - lagen (2012:263) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga organ eller förordning som har meddelats med stöd av den lagen, eller
 - 2 kap. lagen (2017:000) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

I de föreslagna bestämmelserna i 2 kap. 1–4 §§ lagen (2017:000) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård anges att inskrivningsmeddelande och underrättelse om ny beräknad tidpunkt för utskrivning ska skickas från den slutna vården till berörda enheter. Ändringen i nu aktuell paragraf innebär att uppgifterna, utan hinder av den sekretess som gäller hos dessa vårdgivare, kan lämnas ut till de enheter som drivs i enskild regi.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.5.4.

Ikraftträdandebestämmelse

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

Lagen ska träda i kraft samma dag som lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, dvs. 1 januari 2018. Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.16.

6.4 Förslaget till lag om ändring i patientlagen

(2014:821)

3 kap. 2 b § *En patient som skrivs ut från sluten vård ska få sammanfattande information om den vård och behandling som getts under vårdtiden, om avsikten är att patienten ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller den landstingsfinansierade öppna vården. Om information finns tillgänglig ska patienten även få uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt, tidpunkt för när samordnad individuell planering avses genomföras och uppgifter om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen.*

Enligt paragrafen ska en patient som skrivs ut från sluten vård och där avsikten är att denne ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller den landstingsfinansierade öppna vården, få en sammanfattning av den vård och behandling som getts under vårdtiden.

Av 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659) följer att den som har ansvaret för vården av en patient har en skyldighet att ge honom eller henne information enligt 3 kap. patientlagen. Informationsskyldigheten åligger således i första hand den som har det direkta ansvaret för den vårdssituation som informationen avser. Det är däremot vårdgivarens ansvar att organisera verksamheten så att hälso- och sjukvårdspersonalen kan uppfylla sin informationsskyldighet. Verksamhetschefen vid enheten ansvarar för att det finns rutiner eller lokala instruktioner som både möjliggör och säkerställer att patienten kan få del av information av sådant innehåll och i sådan omfattning som föreskrivs.

Av 3 kap. 6 § patientlagen följer att informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Med detta ska enligt förarbetena till patientlagen avses t.ex. utbildningsbakgrund, könsidentitet, religion, kognitiva och andra funktionsnedsättningar, livssituation eller andra omständigheter som kan påverka hur informationen bör ges (prop. 2013/14:106 s. 118). Vidare ska den som ger informationen så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Utöver detta anges det i 3 kap. 6 § patientlagen att informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon begär det.

Av paragrafens andra mening framgår att patienten även ska få information om vem som är patientens fasta vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården, tidpunkt för när samordnad individuell planering ska genomföras samt befintliga planer för vård och

omsorg efter utskrivning – om uppgifterna finns tillgängliga. I den absoluta majoriteten av utskrivningarna bör dessa uppgifter finnas tillgängliga men skulle det leda till orimliga krav på den slutna vården att efterforska och begära in informationen från övriga enheter kan den inte sägas finnas tillgänglig och patienten kan därmed inte ges informationen från den slutna vården.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.10.

Ikraftträdandebestämmelse

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

Lagen ska träda i kraft samma dag som lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, dvs. 1 januari 2018. Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.16.

6.5 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:000)

Förslaget avser ändringar av den nya hälso- och sjukvårdslag som föreslås i proposition 2016/17:43 om en ny hälso- och sjukvårdslag.

17 kap. 4 §

Bestämmelsen upphävs. Det finns inte längre en sådan vårdform som kommunerna har betalningsansvar för.

Jämför avsnitt 5.2.

17 kap. 8 § *För den enskilde får avgifter för följande poster tillsammans per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,5392 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken:*

1. *vård enligt 12 kap. 1 eller 2 § eller 14 kap. 1 §,*
2. *förbrukningsartiklar enligt 12 kap. 6 §,*
3. *hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453).*

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

Vid beräkning av avgiftsunderlag och förbehållsbelopp enligt andra stycket ska 8 kap. 3, 4, 7 och 8 §§ socialtjänstlagen tillämpas.

Paragrafen har ändrats på så sätt att *första stycket 3* har strukits eftersom den innehöll hänvisningar till vårdavgifter för långtidssjukvård och till lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

och det finns inte längre en sådan vårdform som kommunerna har betalningsansvar för. Nuvarande punkt 4 blir således en ny punkt 3.

Jämför avsnitt 5.2.

Ikraftträdandebestämmelse

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

Lagen ska träda i kraft samma dag som lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, dvs. 1 januari 2018. Bestämmelsen behandlas i avsnitt 5.16.

Sammanfattning av Trygg och effektiv

utskrivning från slutenvård SOU 2015:20

Uppdraget

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

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

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

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

Översynen av betalningsansvarslagen

Betalningsansvarslagen infördes som en del av Ädelreformen. Lagen innebar att kommunerna fick betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård samt för medicinskt färdigbehandlade personer inom landstingens akutsjukvård och geriatriska vård. Betalningsansvarslagen kompletterades med bestämmelser om medicinskt färdigbehandlade inom psykiatri i samband med psykiatireformen. Syftet med betalningsansvaret är att det ska utgöra ett incitament för kommunerna

att inom rimlig tid överta ansvaret för insatser till patienterna när de inte längre behöver vårdas i slutenvård.

Nuvarande betalningsansvarslag

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

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

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

Problem med nuvarande lagstiftning

Alltför långa väntetider för patienterna

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

I första hand är väntetider ett kvalitetsproblem för de berörda patienterna. Slutenvården är inte anpassad för patienternas behov efter att de bedömts som utskrivningsklara. Dessutom finns vissa patientsäkerhetsrisker med slutenvård. Väntetiden att få komma vidare i vårdkedjan medför även en onödigt hög kostnad för samhället eftersom kostnaden för en vårdplats i slutenvård normalt sett är betydligt högre än kostnaden för öppen vård och omsorg. Vården av utskrivningsklara patienter är även en bidragande orsak till överbeläggingsproblematik.

Bilaga 1

Vid överbeläggingsproblematik kan personalen pressas att skriva ut de patienter som är ”minst sjuka” för att få plats med andra patienter med större behov av vårdplatsen. Det uppstår bl.a. risk för att patienter skrivs ut för tidigt och därigenom ökar också risken att patienter blir återinlagda inom kort. Utskrivningsklara patienter som blir kvar i slutenvård skapar således en ond cirkel. För personal i slutenvård innebär även vården av utskrivningsklara patienter ett etiskt dilemma eftersom en vårdplats som upptas av en utskrivningsklar patient hade kunnat ges till en patient med ett större behov.

Det är mycket stora skillnader i väntetider mellan landstingen, mellan kommuner och mellan olika kliniker. Skillnaderna kan inte entydigt förklaras med olika lokala förutsättningar eller tillgång till resurser. I stället är det ett komplicerat samspel mellan olika faktorer som påverkar ledtidernas längd. Utöver patientens hälsotillstånd, behov och önskemål finns en lång rad andra faktorer som påverkar hur långa ledtiderna blir. Några exempel är hur väl informationsöverföringen fungerar, logistiken kring praktiska ting i samband med utskrivning, omfattningen av och formerna för planeringsarbete, vilket stöd kommunerna har från primärvården eller annan landstingsfinansierad öppenvård, samt vilket insatsutbud kommunen har att erbjuda patienten/brukaren.

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

Bestämmelserna om vårdplaneringsprocessen är inte adekvata för dagens och morgondagens behov

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

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

De kortare vårdtiderna innebär också att den faktiska planeringstiden för de mottagande enheterna blivit kortare. Den vårdplanering som ska göras enligt betalningsansvarslagen med berörda mottagande enheter tenderar i dag att komma alltför tidigt i patientens återhämtnings- och rehabiliteringsprocess. Det finns även tecken på att vårdplaneringen blir

en punktinsats. Planeringen blir därmed inte en process med naturlig uppföljning som det borde vara.

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

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

Utredningens förslag

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

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

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

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

Bilaga 1

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

En förändrad planeringsprocess

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

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

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

Utredningen föreslår att när en berörd enhet i den landstingsfinansierade öppna vården har fått ett inskrivningsmeddelande angående en patient, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten, om han eller hon inte redan har en sådan. Bestämmelser om fast vårdkontakt finns sedan tidigare i HSL och patientlagen och länkas nu samman med bestämmelser om utskrivningsprocessen.

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

Krav på att huvudmännen ska komma överens om samvekan kring utskrivningsklara

Lagstiftningen måste vara så flexibel att den inte förhindrar anpassning till lokala förhållanden och arbetssätt. Anpassning till lokala förhållanden är en viktig förutsättning för att resurser ska användas på det mest optimala sättet. Ett principiellt ställningstagande är därför att lagen endast ska säkerställa vissa nödvändiga principer och regler. I första hand ska huvudmännen *komma överens om gemensamma riktlinjer för samverkan*. De ska kunna välja den detaljeringsgrad som är nödvändig utifrån lokala förutsättningar och önskemål. Detta gäller exempelvis

rutiner för informationsöverföring, vad som ska vara åtgärdat innan patienten skrivs ut från slutenvård, vem som ansvarar för vad, hur patienter ska följas upp m.m.

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

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

Utredningen bedömer att det även framgent behövs ekonomiska incitament för att väntetiderna mellan slutenvård och vård och omsorg i öppna former ska kunna hållas så korta som möjligt. Vad som är rimliga planeringstider (och därmed väntetider) är dock avhängigt många olika faktorer, t.ex. lokala förutsättningar, den enskilda patientens situation och hur effektiv samverkan är mellan olika verksamheter. Utredningen föreslår att huvudmännen ges en skyldighet att mellan sig överenskomma tidsramar, belopp och andra villkor för det kommunala betalningsansvaret. På detta sätt kan väntetiderna bli bättre anpassade till lokala förhållanden. En målsättning ska vara att väntetiderna ska hållas så korta som möjligt.

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

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

Bilaga 1

vilket innebär att patienter som vårdas i psykiatrisk slutenvård inte längre får avvikande regler.

Utredningen föreslår att det för varje år ska finnas ett nationellt fastställt belopp som kommunerna ska betala om betalningsansvaret inträtt och om huvudmännen inte kommit överens om annat. Beloppet ska motsvara ett genomsnitt i landet och inte differentieras avseende typ av vårdplats. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska årligen fastställa detta belopp med hänsyn till utvecklingen av kostnaden för en vårdplats i slutenvård.

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

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

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

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

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

landstingsfinansierade öppna vården. Den fasta vårdkontakten får ansvar för att kalla till samordnad individuell planering. Kallelsen ska skickas inom tre dagar efter att slutenvården underrättat berörda enheter att patienten bedömts som utskrivningsklar. Om så inte sker kan kommunen inte heller bli betalningsansvarig till landstinget om patienten blir kvar i slutenvård efter att tre dagar gått.

Huvudmännen behöver stöd i förändringsarbetet

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

Ekonomiska och andra konsekvenser

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

Om utredningens förslag avseende tidsfrister och belopp skulle tillämpas nationellt uppskattar utredningen att den totala medelvårdtiden efter att patienten bedömts som utskrivningsklar skulle kunna halveras. I sammanhanget är det inte adekvat att tala om besparingar i monetära termer eftersom de vårdplatser som skulle frigöras kommer att behövas för andra patienter alternativt underlätta i situationer där det finns överbeläggningar. Samtidigt som resurserna används mer effektivt höjs kvaliteten på vården och omsorgen för de berörda patienterna/brukarna eftersom de slipper onödig väntetid. Utredningens förslag innebär en effektivisering av planeringsprocessen och vi bedömer, mot bakgrund av befintliga exempel där man redan i dag har arbetssätt som möjliggör korta väntetider, att kostnaderna generellt sett inte ökar. Utredningen kan heller inte se några skäl till att kostnaderna för kommunernas avgifter till landstingen generellt sett skulle öka. Utredningen bedömer att kommunernas planeringsförutsättningar ändras på ett sådant sätt att

Bilaga 1

omställningen är möjlig utan att det generellt sett behövs tillföras mer resurser. Målgruppen och behoven är i princip desamma som i dag. Kostnaderna för kommunernas ansvar för att ge insatser, även med kort varsel, skatteväxlades i samband med Ädel- och psykiatrireformerna.

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

Författningsförslag i Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård SOU 2015:20

Förslag till lag om samverkan vid utskrivning
från slutenvård och sjukvård Härigenom föreskrivs
följande.

Lagens innehåll och tillämpning

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

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

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

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

Lagens syfte

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

Definitioner

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

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

Bilaga 2

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

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

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

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

Inskrivningsmeddelande

4 § Om den behandlande läkaren bedömer att en patient kan komma att behöva insatser från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller socialtjänsten efter att patienten har skrivits ut, ska läkaren underrätta de berörda enheterna genom ett inskrivningsmeddelande. Inskrivningsmeddelandet ska lämnas senast 24 timmar efter det att patient har skrivits in i den slutna vården eller så snart det därefter bedöms finnas ett behov av det. Ifall patienten även behöver insatser från den landstingsfinansierade öppna vården ska också berörda enheter i den öppna vården få ett inskrivningsmeddelande.

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

Fast vårdkontakt i den öppna vården

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

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

Planering inför patientens utskrivning

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

Underrättelse om att en patient är utskrivningsklar

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

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

Informationsöverföring vid utskrivning

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

Information till patienten

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

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

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

Samordnad individuell planering

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

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

11 § Om patienten behöver insatser från hälso- och sjukvården efter utskrivningen, ska patientens fasta vårdkontakt i den öppna vården kalla till den samordnade individuella planeringen enligt 10 § första stycket. Kallelsen ska skickas senast tre dagar efter att en underrättelse enligt 7 § om att patienten är utskrivningsklar har lämnats.

Undantag från sekretess

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

Samverkan mellan landsting och kommun

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

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

Kommunens betalningsansvar

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

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

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

16 § Kommunens betalningsansvar enligt 14 § ska endast inträda om

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 f §

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

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

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

Av planen ska det framgå

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

26 §

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

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

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

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

Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.

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

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

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

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

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

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet enligt sjätte stycket ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

Denna lag träder ikraft den 1 juli 2016.

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

7 §

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

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

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

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

Av planen ska det framgå

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

Denna lag träder ikraft den 1 juli 2016:

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 kap.

4 §

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

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2016.

Förteckning över remissinstanser som beretts tillfälle att avge yttrande över Trygg och effektiv utskrivning från slutet vård SOU 2015:20

Riksdagens ombudsmän (JO), Datainspektionen, Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Myndigheten för vårdanalys, Statskontoret, Uppsala universitet, Göteborgs universitet, Arjeplogs kommun, Arvika kommun, Borgholms kommun, Borås kommun, Botkyrka kommun, Eskilstuna kommun, Eslövs kommun, Falköpings kommun, Gotlands kommun, Göteborgs kommun, Helsingborgs kommun, Hudiksvalls kommun, Härjedalens kommun, Jönköpings kommun, Kalmar kommun, Kiruna kommun, Kristianstads kommun, Kungälv kommun, Leksands kommun, Lindesbergs kommun, Linköpings kommun, Ljungby kommun, Ljusdals kommun, Ludvika kommun, Malmö kommun, Markaryds kommun, Munkedals kommun, Nora kommun, Norrtälje kommun, Nyköpings kommun, Nässjö kommun, Ovanåkers kommun, Piteå kommun, Sigtuna kommun, Simrishamns kommun, Skövde kommun, Sollefteå kommun, Stockholms kommun, Strömsunds kommun, Sundsvalls kommun, Torsby kommun, Umeå kommun, Uppsala kommun, Vilhelmina kommun, Västerviks kommun, Västerås kommun, Åre kommun, Åtvidabergs kommun, Älvdalens kommun, Örebro kommun, Övertorneå kommun, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Södermanlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting, Blekinge läns landsting, Skåne läns landsting, Hallands läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Dalarnas läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Sveriges läkarförbund, Vårdförbundet, Akademikerförbundet (SSR), Kommunal, Vision, Handikappförbunden, Lika Unika, Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH), Sveriges Kommuner och Landsting, PRO Pensionärernas Riksorganisation, Sveriges Pensionärsförbund (SPF), Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF), Vårdföretagarna, Praktikertjänst, Capio

Instanser som utöver remisslistan lämnat synpunkter: Svenska kommunalpensionärernas förbund – SKPF, Riksförbundet FUB, Reumatikerförbundet, Riksförbundet för social och mental hälsa –

RSMH, Svensk förening för allmänmedicin – SFAM, Demensförbundet, Östersunds kommun. Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor, Kommunförbundet Norrbotten, Solna stad, Norbergs kommun, KSL kommunerna i Stockholms län, Huddinge kommun, Arboga kommun, Vännäs kommun, RSMH – Stockholms län, Köpings kommun – Kolsva kommun, Enköpings kommun