

Utskrivningsklara patienter

Rapport
September 2014



Sveriges läkarförbund 2014

Susann Asplund Johansson, utredare

Camilla Damell, utredare

Åsa Jaktlund, statistiker (kap. 6)

Alicia Lycke, ombudsman (kap. 2)

Sveriges läkarförbund

Box 5610 114 86 Stockholm

Tel: 08-790 33 00 E-post: info@slf.se

www.lakarforbundet.se

Innehåll

Sammanfattning	5
1 Inledning	12
1.1 Bakgrund och problembeskrivning	12
1.2 Syfte och mål	14
1.3 Metod.....	14
1.4 Avgränsning.....	15
2 Vårdplats och överbeläggning	16
2.1 Inledning	16
2.2 Bakgrund	16
2.3 Patient- och arbetsmiljörisker	17
2.4 Överbeläggningar ur ett arbetsmiljöperspektiv	18
2.5 Utveckling av begrepp	20
2.6 Överbeläggningar ett vedertaget problem	20
3 Kommunens betalningsansvar	23
3.1 Regelverk för kommunernas betalningsansvar	23
3.2 En del av Ädel- och Psykiatrireformerna	26
3.3 Förändringar av betalningsansvaret 2003	29
4 Vilka är de utskrivningsklara?	33
4.1 Inventering från 2007	33
4.2 Inventering från 2012	35

5	Tidigare utredningar och vidtagna åtgärder	36
5.1	Samverkan mellan landsting och kommun	36
5.2	Myndighetsrapporter	42
5.3	Läkarförbundets rapporter.....	44
5.4	Pågående åtgärder	48
6	Vårdplatser, medelvårdtider, kostnader m.m.	52
6.1	Vårdplatser i somatisk slutenvård och psykiatri	52
6.2	Medelvårdtider	54
6.3	Kommunens insatser	55
6.4	Kostnader för vårddygn.....	57
7	Överväganden och förslag.....	58
7.1	Allmänna utgångspunkter	58
7.2	Aktuella utvecklingstendenser.....	58
7.3	Problembilden - våra reflektioner	60
7.4	Bedömningar och förslag	64

Sammanfattning

Resumé

Vi bedömer att de ekonomiska drivkrafterna i betalningsansvarslagen har minskat antalet utskrivningsklara, men att tidsfristerna inte längre har samma ekonomiska drivkrafter. Trots brister i statistiken finns det en del som talar för en sänkning av antalet betalningsfria dagar. Det är emellertid svårt att utifrån det dataunderlag vi tagit del av slå fast ett exakt antal dagar. Ett första steg kan vara att helgerna räknas in i tidsfristen.

En sänkning av antalet betalningsfria dagar löser emellertid inte de grundläggande problemen med samverkan mellan huvudmännen. Det behövs fler åtgärder för att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg.

Vår bedömning är att huvudmännen på en övergripande nivå måste komma överens om målen, resurser och ansvarsfördelning för patienter med sammansatta behov. Därutöver krävs en fokusering på en förbättrad gemensam vårdplanering. Vidare krävs tillräckliga resurser och en tillräcklig kompetens i kommunen och ökade läkarinsatserna från framförallt primärvården.

Bakgrund

Vårdplatsbristen och den kritiska situationen med överbeläggningar och utlokaliseringar är frågor som Läkarförbundet arbetat med i flera år utifrån ett arbetsmiljö- och patientsäkerhetsperspektiv. Sverige har ur ett internationellt perspektiv få vårdplatser.

En motion till Läkarförbundets fullmäktige 2013 tog sin utgångspunkt i överbeläggningar och att bristande samverkan mellan landsting och kommun innebär att utskrivningsklara patienter ligger kvar på sjukhusen i väntan på placering i kommunala boenden. Lösningen kunde enligt motionen ligga i ökade ekonomiska incitament för samverkan, bl.a. genom att antalet dagar som kommunen har på sig för att ordna plats till utskrivningsklara enligt betalningsansvarslagen sänks.

Enligt betalningsansvarslagen har kommunerna betalningsansvar för 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. Betalningsansvarslagen var en del av Ädel- och Psykiatireformerna som genomfördes i början och mitten av 1990-talet. De ekonomiska drivkrafterna skulle bl.a. leda till att särskilda boenden och korttidsboende byggdes ut. Innan Ädelreformen fanns problem med att många slutenvårdsplatser upptogs av patienter som inte längre behövde sjukhusens specialiserade vård. Uppföljningar har visat att antalet utskrivningsklara patienter minskade under ett antal år efter införandet av betalningsansvarslagen, för att sedan stabiliseras på en viss nivå.

En bättre utskrivningsprocess löser inte problem med brist på vårdplatser i stort, antalet vårdplatser behöver öka, men kan bidra till ett effektivare utnyttjande av slutenvårdsplatserna. Mot denna bakgrund har ett utredningsarbete genomförts för att om möjligt få svar på frågan om betalningsansvarslagen fortfarande fungerar som det var tänkt.

Under utredningens gång har förutsättningarna ändrats något. Regeringen har gett den nationelle samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården i uppdrag att se över betalningsansvarslagen.

Syfte och metod

Syftet är att ta fram ett fördjupat underlag kring utskrivningsklara och betalningsansvarslagen för att kunna bedöma om antalet dagar som är betalningsfria för kommunen bör ses över.

En bred genomgång av rapporter, utredningar och betänkanden som rör betalningsansvaret och samverkan har gjorts. För att beskriva hur hälso- och sjukvården har förändrats sedan Ädel- och Psykiatireformerna har statistik gått igenom och sammanställts. Samtal med läkare i verksamheterna och i två kommuner har bidragit till förståelse för problematiken. Det samlade materialet har analyserats och utgjort underlag för våra överväganden och förslag.

Vårdplats och överbeläggningar

Minskningen av vårdplatser som har pågått under många år har följts av att överbeläggningar blivit allt vanligare. De flesta sjukhus beskriver att de har överbeläggningar dagligen eller varje vecka och att de lika ofta utlokaliserar patienter. Socialstyrelsens tillsyn och vetenskapliga artiklar har visat att en rad vårdskador kan uppkomma vid överbeläggningar och utlokalisering av patienter.

I vård där vårdplatser inte räcker till uppstår en rad problem. Ett sådant är att mer tid går åt att leta efter och organisera platser. Patienter flyttas runt och vårdas inom olika avdelningar, med därtill hörande medicinska utmaningar och risker. Det medicinska ansvaret kräver mer arbete och risken för sämre kvalitet och misstag ökar. Studier har dock visat att utlokalisering av patienter till följd av vårdplatsbrist går att genomföra utan ökade risker men till priset av avsevärt merarbete och en arbetsmiljö med ökat inslag av medicinska intresseavvägningar.

Då frågan om överbeläggning blev mer landsomfattande och ett etablerat arbetsmiljö- och patientsäkerhetsproblem, genomförde Arbetsmiljöverket en nationell tillsynskampanj vid landets samtliga akutsjukhus i samarbete med Socialstyrelsen under åren 2010-2011. Slutsatserna från den nationella tillsynen visade ett flertal arbetsmiljöproblem vid överbeläggningar. Till följd av att problemet med vårdplatsbrist har erkänts har mer satsningar gjorts för att minska vårdskador och arbete för bättre utnyttjande av vårdplatser har inletts.

Regelverket

Enligt lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård har en kommun betalningsansvar för 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. Betalningsansvaret inträder tidigast fem vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen för en patient i den somatiska akutsjukvården eller den geriatriska vården. För en patient i den psykiatriska vården är motsvarande tidsfrist trettio vardagar.

Ersättning för vård av utskrivningsklara patienter ska lämnas med belopp som motsvarar den omvårdnad som patienten får på enheten, om inte ett landsting och en kommun kommer överens om annan ersättning enligt förordning (1991:1278) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård föreskriver närmare om samverkan.

Vilka är de utskrivningsklara?

Det förs inte någon löpande statistik över utskrivningsklara. Det innebär att de uppgifter som finns är de inventeringar som har genomförts av Sveriges kommuner och landsting (SKL) och Socialstyrelsen sedan betalningsansvarslagen infördes.

De inventeringar som gjordes åren innan Ädelreformen visade att ca 4 000 patienter, motsvarande ca 15 % av patienterna inom den slutna akutsjukvården, var medicinskt färdigbehandlade åren 1989 och 1990. Enligt en inventering från år 2007, som enbart avsåg somatisk slutenvård, fanns det 1 319 utskrivningsklara patienter motsvarande 7,6 procent av antalet rapporterade inläggande patienter. Inventeringen år 2007 tydde på att antalet hade stabiliserats på en nivå om 1 100 – 1 300 patienter en viss mättdag. Under år 2013 gjorde Socialstyrelsen ytterligare en inventering. Informationen i den är inte helt jämförbar med de tidigare inventeringarna men tyder på att antalet utskrivningsklara ligger på ungefär samma nivå.

Tidigare utredningar

Samverkan mellan kommuner och landsting har varit ett återkommande problem som har uppmärksamats i en rad utredningar och rapporter.

Samverkansutredningen föreslog år 2000 att ett landsting och de kommuner som ingår i landstinget skulle få befogenhet att bilda en gemensam nämnd för att gemensamt fullgöra uppgifter på vård och omsorgsområdet. Äldrevårdsutredningen föreslog år 2004 bl.a. att kommuner och landsting skulle komma överens om omfattning i tid och former för landstingens läkarinsatser i den kommunala hemvården, vilket ledde till en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som innebär att landstingen ska avsätta de läkarresurser som behövs för kommunal hemsjukvård. Ett av förslagen från Nationella psykiatrisamordningen år 2006 ledde till att det år 2010 i HSL och socialtjänstlagen (SoL) infördes en skyldighet för kommuner och landsting att ingå överenskommelser om sitt samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning. Vidare infördes en lagstadgad skyldighet i både HSL och SoL som innebär att kommuner och landsting tillsammans ska att upprätta en individuell plan när en enskild har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Psykiatrilagsutredningen föreslog år 2012 bl.a. att tidsfristen beträffande utskrivningsklar patient som vårdas inom den slutna psykiatriska tvångsvården skulle minskas från trettio till femton vardagar, förslaget bereds fortfarande i Regeringskansliet. Utredningen Rätt information inom vård och omsorg har nyligen lagt flera förslag om informationsöverföring mellan olika vårdgivare.

Socialstyrelsen har under de senaste åren i olika rapporter utrett de mest sjuka äldres sjukvård, inte minst primärvårdens roll. En kvarstående brist allt sedan Ädelreformen har varit bristande läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård. Mot den bakgrunden och då antalet äldre ökar kraftigt har de äldres sjukvård också varit ett prioriterat område i Läkarförbundets arbete. Under

år 2013 lade Läkarförbundet två rapporter med ett antal förslag Varför kan inte doktorn komma? och Primärvårdens läkarbemanning.

För närvarande pågår arbete inom ramen för regeringens nationella samordningsprojekt bl.a. Mest sjuka äldre och PRIO, som omfattar åtgärder för att förbättra samverkan mellan kommuner och landsting. Nyligen gav regeringen också den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården i uppdrag att se över betalningsansvarslagen.

Vårdplatser, medelvårdtider, kostnader

Sedan Ädel- och Psykiatrireformerna har det skett stora strukturförändringar i landstingens hälso- och sjukvård, från slutna till öppna vårdformer. Under lång tid har trenden varit att det totala antalet slutenvårdsplatser minskar. I samband med Ädelreformen överfördes över 30 000 vårdplatser från landsting till kommuner. Därefter har antalet slutenvårdsplatser fortsatt att minska, bland annat till följd av den medicintekniska utvecklingen som inneburit att mer och mer kan utföras i öppen vård. Antalet vårdplatser har nästan halverats mellan åren 1992 och 2012. Medelvårdtiderna i slutenvården har sedan Ädel- och Psykiatrireformernas genomförande totalt för specialiserad slutenvård minskat från 8,7 dagar år 1995 till 5,2 dagar år 2012. Uppdelat på medicinska verksamhetsområden har medelvårdtiderna minskat särskilt kraftigt inom geriatrik och psykiatri.

Omstruktureringen sker samtidigt på den kommunala sidan, från särskilda boendeformer till stöd i ordinärt boende i form av hemtjänst. Av Socialstyrelsens lägesrapport 2014 framgår att andelen personer i befolkningsgruppen 65 år och äldre som får insatser från den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre totalt sett minskar. Det är stora skillnader mellan länen och mellan kommunerna när det gäller andelen personer som får korttidsboende och permanent särskilt boende samt antalet boendedygn.

Problembilden

Ekonomiska drivkrafterna har tidigare minskat antalet utskrivningsklara

Mot bakgrund av det minskade antalet utskrivningsklara åren efter införandet av betalningsansvarslagen drar vi slutsatsen att lagen tidigare fyllde sin funktion, reglerna hade tillräckliga ekonomiska drivkrafter. Frågan är dock om drivkraften nu ebbat ut. År 2007 bedömdes antalet utskrivningsklara ha stabiliserats på en nivå om 1 100 – 1 300 patienter en viss mättdag. Vi kan också konstatera att antalet personer i särskilda boendeformer minskar sedan ett antal år och att allt fler i gruppen mest sjuka äldre får vård och omsorg i ordinärt boende – samtidigt som kommunernas insatser för äldre totalt sett sjunker.

Varför har utvecklingen stannat av?

Enligt vår mening skulle det kunna bero på att utskrivningsprocessen inom slutenvården inte fungerar så bra t.ex. bristande rutiner vid vårdplanering och bristande samverkan med kommunen och primärvården. Det skulle också kunna bero på en ökad vårdtyngd hos patienterna, som kommunerna inte har kapacitet för att hantera, bristande resurser i kommunen eller på för svaga drivkrafter i betalningsansvarslagen eller en kombination av olika orsaker. Av inventeringen 2007

framgick att 70 procent av de utskrivningsklara hade en vårdplan, vilket ändå talar för att rutinerna vid vårdplanering fungerar ganska bra.

Brister i statistiken

En del av problembilden när det gäller utskrivningsklara är att det inte nationellt har samlats in någon löpande statistik om utskrivningsklara och vårdplanering. Det bristande underlaget är problematiskt då betalningsansvarslagen ska utvärderas.

Samverkan

Samverkan har varit ett återkommande problem. Samverkan är en viktig förutsättning för effektiva patientflöden och en del av lösningen för att minska antalet utskrivningsklara inom slutenvården. Ur ett individperspektiv är samverkan särskilt viktig för personer med sammansatta behov som behöver insatser från flera olika yrkesutövare, vårdgivare och huvudmän. Genom åren har ett antal åtgärder vidtagits för att förbättra förutsättningarna för samverkan. För närvarande pågår åtgärder inom ramen för regeringens nationella samordnares arbeten.

Informationsöverföring

Den organisatoriska ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting och den ökade mångfalden av vårdgivare och utförare inom vård och omsorg kräver en ständig utveckling av samarbetsformer. En viktig förutsättning för samverkan är att relevant information om patienten/brukaren på ett effektivt sätt kan utbytas mellan den slutna vården, primärvården och övrig öppenvård, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Brister i informationsöverföringen inom vård och omsorg har påtalats i flera olika rapporter, bland annat av Inspektionen för vård och omsorg.

Förutsättningar i kommuner och primärvården

Den omstrukturerad av vården som skett från slutna till öppna vård ställer ökade krav på, förutom samverkan, insatser från såväl kommunen som primärvården. Inom kommunen sker också en omstrukturerad från särskilda boendeformer till insatser i ordinärt boende.

Enligt Socialstyrelsens inventeringar av utskrivningsklara är tillgången till korttidsboende viktig för att få ett effektivt patientflöde vid utskrivningarna från slutenvården. Socialstyrelsen konstaterade i sin rapport Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre att kommunerna behöver planera sin tillgång till platser, och att planeringen bör ske i dialog med landstinget. I samma rapport konstaterar Socialstyrelsen att för att primärvården ska kunna hantera sitt ansvar och uppdrag för patientgruppen behöver innebörden av vårdnivån vara tydlig. Socialstyrelsen menar att landstingen kan behöva utreda om primärvård lever upp till vårdbehoven hos de mest sjuka äldre och i vilken grad ersättningssystemen stimulerar det.

Läkarförbundets rapport Varför kan inte doktorn komma om läkarmedverkan i äldrevården bygger bland annat på en granskning av primärvårdens uppdrag avseende de mest sjuka äldre i sex landsting och en intervjustudie med primärvårdsläkare, genomförd av Äldrecentrum. I intervjun uttryckte läkarna en frustration över sin situation och önskade en styrning mot ett annat arbetssätt. Läkarna såg sig själva som lämpade att ta ett helhetsuppdrag men efterfrågade ett riktat uppdrag för patientgruppen och önskade att uppdraget skulle anpassas till den verklighet som vården och omsorgen fungerar i utanför sjukhuset. I rapporten lade Läkarförbundet ett antal

förslag som ska leda till att sköra äldre bättre får sina behov av läkarinsatser tillgodosedda. Ett av förslagen var tydliga uppdrag och att ersättningsprinciperna ger stöd för prioritering av sköra äldres vårdbehov och att de styr mot åtgärder som är viktiga för gruppen, som hembesök, kontinuitet och samverkan.

Ett annat problem är bristande läkarbemanning i primärvården. Läkarförbundets rapport om läkarbemanningen i primärvården visade som ovan framgick att det fattas över tusen eller strax under tusen specialister i allmänmedicin beroende på vilket mål som ska uppnås. Skillnaderna över landet är stora.

Bedömningar och förslag

Utgångspunkten för våra bedömningar och förslag är strävan mot ett effektivt utnyttjande av slutenvårdsplatserna och att patienterna ska få den vård som behövs på den vårdnivå som krävs. Det krävs en balans mellan ett effektivt utnyttjande av vårdplatser i slutenvården och tillräckliga resurser för en god vård utanför slutenvården. En god vård och omsorg för personer med sammansatta behov kräver att landsting och kommuner tar ett gemensamt ansvar vilket kräver en välfungerande samverkan på alla nivåer.

Mot bakgrund av allt snabbare patientflöden och kortare vårdtider inom slutenvården finns det skäl att ifrågasätta tidsfristerna, som tillkom i en tid med betydligt längre vårdtider. Även av patientsäkerhets skäl kan tidsfristen ifrågasättas.

Vår bedömning är att tidsfristerna i betalningsansvarslagens inte längre har samma ekonomiska drivkrafter. Trots brister i statistiken finns det en del som talar för en sänkning av antalet betalningsfria dagar, men det är svårt att utifrån det dataunderlag vi tagit del av slå fast ett exakt antal dagar. Ett första steg kan vara att helgerna räknas in i tidsfristen. Vi menar också att dagens konstruktion där tidsfrister anges i lag är oflexibel och inte stödjer utskrivningsprocessen på bästa sätt. En mer flexibel reglering som möjliggör lösningar utifrån patientens behov och lokala förutsättningar borde vara att föredra.

Förutsättningar för sänkning av tidsfristerna

En sänkning av antalet betalningsfria dagar löser inte de grundläggande problemen med samverkan mellan huvudmännen. Det behövs fler åtgärder för att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg.

Överenskommelser mellan huvudmännen

Vår bedömning är att huvudmännen på en övergripande nivå måste komma överens om målen, resurser och ansvarsfördelning för patienter med sammansatta behov. Vi föreslår därför att det införs en lagstadgad skyldighet i Hälso- och sjukvårdslagen för kommuner och landsting att ingå en överenskommelse om samarbete för patienter inom somatisk vård som har behov av såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst.

Samverkan och vårdplaneringen

Samverkan kring den enskilde individen kräver en gemensam vårdplanering. Reglerna om gemensam vårdplanering i betalningsansvarslagen bör vara kvar då de ger incitament för en

gemensam vårdplanering genom att kommunens betalningsansvar inte inträder med mindre än att en gemensam vårdplan har upprättats. Samtidigt har IVO påpekat att bestämmelserna om vårdplanering inte är anpassade till den utveckling som varit inom hälso- och sjukvården med allt kortare vårdtider. Vår uppfattning är att vårdplaneringen kan behöva utvecklas, till exempel göras i flera steg. Det bör även prövas om Psykiatrilagsutredningens förslag om en utvidgning för skyldigheten att genom inskrivningsmeddelande underrätta kommunen om att patienten efter att ha skrivits ut kan komma att behöva insatser från socialtjänsten eller primärvården även kan omfatta andra patientgrupper med sammansatta behov.

Läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård

Ett återkommande problem sedan Ädelreformen har varit bristande läkarmedverkan i kommunens äldrevård. De förslag som Läkarförbundet lade i rapporten Varför kan inte doktorn komma? är i allt väsentligt avgörande för de patientgrupper vi nu talar om, dvs. de som har stora och sammansatta behov av vård och omsorg.

Problemen med bristande läkarbemanning i primärvården måste lösas. Läkarförbundets rapport om läkarbemanningen i primärvården visade att det fattas specialister i allmänmedicin och att skillnaderna över landet är stora. Kontinuiteten i läkarkontakten är särskilt viktig för personer med sammansatta behov av vård och omsorg från olika vårdinstanser.

Kommunens resurser och kompetens

Fler sköra äldre i den kommunala vården och omsorgen ställer nya krav dels på personalens kompetens dels på resurser. Kompetensen hos personalen i särskilda boenden, hemsjukvården och hemtjänsten är också viktig för samverkan med sjukvården. Med den utveckling som varit från särskilda boendeformer till insatser i ordinärt boende är det viktigt att kommunens resurser och kompetens för att utreda och behandla äldre i det ordinära boendet förbättras. Eventuella resurs- eller effektivitetsbrister i kommunen får inte innebära att patienter ligger kvar på sjukhus om de inte behöver sjukhusets insatser eller att patienten skrivs ut utan att få den vård och omsorg som han eller hon behöver.

Informationsöverföring mellan vård och omsorg

En viktig förutsättning för samverkan är att personalen som är delaktig i vården och omsorgen kring den enskilde patienten/brukaren har tillgång till den information som behövs för att kunna ge en god och säker vård. Detta kräver att informationen på ett effektivt sätt kan utbytas mellan den slutna vården, primärvården och övrig öppenvård, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst. För att komma tillrätta med de brister som idag föreligger kring informationshanteringen krävs flera åtgärder.

Uppföljning och öppna jämförelser

Framöver kommer det att finnas bättre underlag då registreringen av utskrivningsklara finns med såväl i patientsäkerhetsmiljarden som överenskommelsen om de mest sjuka äldre. Det är viktigt att registreringarna blir enhetliga och att det är klart vad registreringarna ska användas till. Ett naturligt användningsområde är att ha olika aspekter kring utskrivningsklara som indikatorer i de öppna jämförelser av vården och omsorgen av äldre som Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen publicerar regelbundet.

1 Inledning

1.1 Bakgrund och problembeskrivning

Läkarförbundets fullmäktige 2013 behandlade en motion om samarbete mellan landsting och kommun där det framfördes att överbelagda sjukhus är ett arbetsmiljö- och patientsäkerhetsproblem. Utskrivningsklara patienter ligger kvar på sjukhusen i väntan på placering i kommunala boenden. I motionen framhölls att antalet dagar som kommunen har på sig för att ordna plats till utskrivningsklara patienter, liksom de ersättningar som kommunen ska utge för kvarliggande patienter behöver ändras.

Enligt den s.k. betalningsansvarslagen har kommunerna betalningsansvar för 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. betalningsansvarslagen infördes i samband med Ädelreformen år 1992. Syftet var bl.a. att kommunerna skulle få ett samlat ekonomiskt ansvar för långvarig vård, oavsett var den bedrevs. De ekonomiska drivkrafterna skulle leda till att särskilda boenden och korttidsboende byggdes ut. Det var socialutskottet som tog initiativ till att det obligatoriska betalningsansvaret även skulle omfatta medicinsk färdigbehandlade. Innan Ädelreformen fanns problem med att många slutenvårdsplatser upptogs av patienter som inte längre behövde sjukhusens specialiserade vård. Betalningsansvaret utvidgades i samband med Psykiatrireformen år 1995. År 2003 gjordes vissa ändringar i lagen som innebar att betalningsansvaret kopplades till krav på en gemensam vårdplanering. Syftet var att ge huvudmännen incitament att utveckla former för en gemensam och samordnad vårdplanering.

I samband med Ädelreformen överfördes totalt ca 31 000 vårdplatser från landsting till kommunerna. Sedan dess har antalet slutenvårdsplatser fortsatt att minska och har nästan halverats mellan åren 1992 och 2012. Sverige har ur ett internationellt perspektiv få vårdplatser. Även medelvårdtiderna har förändrats sedan Ädel- och Psykiatrireformernas genomförande. Totalt har medelvårdtiderna för specialiserad slutenvård minskat från 8,7 dagar år 1995 till 5,2 dagar år 2012.

Utifrån arbetsmiljö- och patientsäkerhetsperspektiv har Läkarförbundet uppmärksammat den kritiska situationen med överbeläggningar i olika sammanhang. Som ett resultat kan nämnas Arbetsmiljöverkets nationella tillsynskampanj vilken riktades till samtliga landets akutverksamheter. Där finns nu en etablerad arbetsmiljöstandard vilken innebär att åtgärder på kort och långsikt mot överbeläggningar ska utvecklas och tidsättas samt, att riskbedömningar alltid skall genomföras vid överbeläggningar. Härifrån har även ett fortsatt arbete tagit vid på nationellnivå via Sveriges kommuner och landsting (SKL) som handlar om utveckling av överbeläggningsindikatorer, samt bättre sammanhållning av systematiskt arbetsmiljö- och patientsäkerhetsarbete.

Behovet av vårdplatser påverkas av flera faktorer, en är ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och hur samarbetet dom emellan fungerar. Socialstyrelsen har i en rapport

om vårdplatser delat in bestämningsfaktorerna i tre områden: *demografiska* faktorer så som sjuklighet och åldersstruktur, *medicinska* faktorer så som medicinsk och teknisk utveckling som i sin tur medför strukturförändringar från slutna till öppna vårdformer samt *organisatoriska* faktorer där ansvarsfördelning och samordning är en, andra är styrning och planering av verksamheterna, effektiviserade arbetsformer och ökad specialisering. När det gäller ansvarsfördelning och samordning framhålls vikten av välfungerande samverkan för att få effektiva patientflöden vid utskrivning av patienter som ska slussas vidare till kommunen. Saknas det vårdresurser i kommunerna kan det leda till att patienter inte kan skrivas ut från sjukhusens slutenvård, vilket innebär att de tar upp vårdplatser trots att de är medicinskt färdigbehandlade.¹

Socialstyrelsen och SKL har sedan Ädel- och Psykiatrireformerna inventerat antalet utskrivningsklara med visst mellanrum. En inventering från år 2007 tydde på att antalet utskrivningsklara patienter verkade ha stabiliserats på en nivå om cirka 1 100–1 300 patienter en viss mättdag. Det motsvarade 7,6 procent av inneliggande patienter. Det kan jämföras med uppföljningar innan Ädelreformen som visade att ca 20 procent inom den somatiska akutsjukvården upptogs av patienter som var medicinskt färdigbehandlade och väntade på andra vårdformer. I undersökningen 2007 framhölls att tillgången till korttidsboende fortfarande spelade en avgörande roll på många håll i samspelet med slutenvården, eftersom nästan varannan utskrivningsklar patient planerades att få fortsatta insatser i den typen av verksamhet.² Den senaste inventeringen, från år 2012, är inte lika omfattande och kan inte helt jämföras med undersökningen från år 2007.

Även om man löser problem med utskrivningsklara som ligger kvar på sjukhus så löser man inte problemen med brist på vårdplatser i stort, antalet vårdplatser behöver öka, men en bättre utskrivningsprocess kan bidra till ett effektivare utnyttjande av slutenvårdsplatserna.

Frågan är alltså om betalningsansvarslagen fungerar som det var tänkt? Har den lett till ett effektivt utnyttjande av landstingens slutenvårdsplatser, att särskilda boenden och korttidsboende byggs ut, ger den huvudmännen incitament att utveckla former för en gemensam och samordnad vårdplanering? Bör de ersättningar som kommunen ska utge för kvarliggande patienter och/eller antalet dagar som kommunen har på sig att ordna plats ses över?

Ekonomiska drivkrafterna kan leda till att särskilda boendeformer byggs ut. Emellertid kräver vården och omsorgen av berörda patientgrupper mer, den förutsätter samverkan, helhetssyn och kontinuitet. Samverkan mellan kommuner och landsting har varit ett återkommande problem som har uppmärksammats i en rad utredningar och rapporter, både inom äldreården och psykiatrin. Problem som lyfts fram i äldreården är att vården är fragmenterad pga. bristande helhetssyn och samordning av vården. Utvecklingen med minskat antal vårdplatser och kortare vårdtider ställer krav på en mer avancerad eftervård.

¹ Vårdplatser. Socialstyrelsen 2010

² *Inventering av utskrivningsklara patienter och vårdplanering i samband med utskrivning.* Undersökning 2007. Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting

Det ställer ökade krav på såväl kommunens som landstingens primärvård. Det ställer krav, förutom på kompetensen i särskilda boenden, korttids boenden och hemsjukvården, även på samordningen av vård och omsorgsinsatser från olika professioner, vårdnivåer och huvudmän.

Läkarförbundet har under år 2013 i rapporten *Varför kan inte doktorn komma?* närmare beskrivit problemen i äldrevården, med fokus på läkarinsatser, och lagt förslag som borde leda till mer läkartid för sköra äldre. Läkarförbundet har också under år 2013 kartlagt läkarbemanningen i primärvården och påtalat behovet av fler specialister i allmänmedicin och framför allt behovet av bättre planering av läkarförsörjningen i primärvården.

Mot denna bakgrund har en kartläggning av tidigare utredningar och rapporter om betalningsansvarslagen och samverkan mellan landsting och kommuner gjorts. För att beskriva hur hälso- och sjukvården har förändrats sedan Ädel- och Psykiatrireformerna finns ett kapitel som beskriver utvecklingen i siffror. Målet är att utifrån en samlad analys formulera förslag som kan bidra till ett effektivt utnyttjande av slutenvårdsplatserna och för att patienter ska få den vård som behövs och på den vårdnivå som krävs.

Under utredningens gång har förutsättningarna ändrats något. Regeringen har gett den nationelle samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården i uppdrag att se över betalningsansvarslagen.³ Syftet med översynen är enligt regeringens direktiv att åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan slutenvård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och onödig vistelse på sjukhus så långt möjligt kan undvikas för utskrivningsklara patienter.

1.2 Syfte och mål

Syftet är att ta fram ett fördjupat underlag kring utskrivningsklara och betalningsansvarslagen för att kunna bedöma om antalet dagar som är betalningsfria för kommunen bör ses över.

1.3 Metod

Genomgång av förarbeten till betalningsansvarslagen. Bredare genomgång av rapporter, utredningar och betänkanden på området. Statistikgenomgång och sammanställning avseende utvecklingen av antal vårdplatser, genomströmningstider, kostnader osv. Samtal med verksamhetschefer och läkare inom geriatrik, psykiatri och medicin samt med tjänstemän i två kommuner. Analys av det samlade material som underlag för överväganden och förslag.

³ Dir 2014: 27 Betalningsansvarslagen

1.4 Avgränsning

Syftet är i första hand att se över betalningsansvarslagen m.m. Samverkan, fungerande vårdkedjor, teamarbete, fler geriatriker, psykiatriker och en tillräcklig läkarbemanning i primärvården m.m. är viktiga förutsättningar för en god vård av berörda patientgrupper. Dessa frågor finns med i rapporten, men förtjänar egentligen mycket mer utrymme. Dessa förutsättningar har för äldrevården delvis utvecklats i rapporten *Varför kan inte doktorn komma?* och i *Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning*. Bristen på vårdplatser och överbeläggningar beskrivs inledningsvis som en utgångspunkt i rapporten men behandlas därefter inte närmare.

2 Vårdplats och överbeläggning

2.1 Inledning

Övergripande sägs demografi, folkhälsa, medicinsk utveckling samt organisatoriska faktorer påverka vårdplatsbehovet. En begränsning till dessa bestämningsfaktorer borde leda till att linjära prognoser kunde tas fram. Men det föreligger inget enkelt samband mellan antalet vårdplatser och överbeläggningar. Socialstyrelsen pekar till exempel på att en minskning av vårdplatser inte nödvändigtvis innebär en otillräcklig vårdplatstillgång. SKL framhåller å sin sida att säsongsvariationer i bemanning och vårdplatser inte leder till motsvarande överbeläggningar. Att överbeläggningar är ett etablerat problem råder samsyn om, men vad detta består i, och hur detta ska åtgärdas råder det inte samma enighet om.

Vårdplatsbrist är en situation som skapas genom ett samspel inom ett system och är ett resultat av en interaktion. För att åtgärda innebär det att förståelsen av olika faktorer bakom problemet behöver öka.⁴ Motsägelsefullt nog tycks dock frågan om brist och tillgång ifråga om vårdplatser bli mer komplex ju mer kunskap och statistik som tas fram.

2.2 Bakgrund

Frågor om platstillgång inom hälso- och sjukvården har följts upp av olika huvudmän, som Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting (SKL), sedan 1970 talet. Det har dock historisk funnits svårigheter att på nationell nivå skapa överblick i fråga om vårdplatser och överbeläggningar.

Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverkets tillsynskampanjer har bidragit till en förnyelse och intensifiering av frågor om vårdplatstillgång som fenomen på nationellnivå. Under hand kan vårdplatsfrågan sägas ha ändrat karaktär. Av Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 framgår hur sättet att registrera och mäta förändrats under tid vilket påverkar grunddata. Statistiken kan sägas ha finjusterats från det breda begreppet ”vårdplatstillgång” till att mer fokusera balansen mellan disponibel vårdplats och överbeläggningar och den numerära relationen dem i emellan.

Sverige har haft en dramatisk minskning av vårdplatser de senaste decennierna. Delförklaringar finns i olika sjukvårdspolitiska reformer som Ädel- och Psykiatireformerna. Trots att svårigheter att jämföra internationell data så har Sverige bland de lägsta antalet vårdplatser även ur ett internationellt perspektiv.

⁴ Patientsäkerhet teori och praktik; S. Ödegard, Liber 2013

Minskningen av vårdplatser som har pågått under många år har följts av att överbeläggningar blivit allt vanligare. Andelen av befolkningen som läggs in sägs vara lika stor men en förskjutning har skett mot att vård ges vid allt högre ålder.

Utvecklingen inom slutenvården har inneburit att antalet inläggningar ökar i kombination med att vårdtiden kortas och vårdtyngden ökar. De som läggs in är allt mer sjuka. Beläggningsgraden av vårdplatserna ökade under hela 2000-talet. De flesta sjukhus beskriver också att de har överbeläggningar dagligen eller varje vecka och att de lika ofta utlokaliserar patienter. Denna utveckling har skett parallellt med en ambition att öka primärvårdens betydelse.

Äldre behöver numera inte vårdas så länge inom slutenvården. Det har inneburit att bestämmelserna för vårdplanering är svåra att tillämpa enligt inspektionen för vård och omsorg.⁵ De framhåller att just vården av äldre visar brister i vårdkedjan och samordningen och att behov finns av att framförallt följa upp att vårdkedjan fungerar i det praktiska arbetet runt äldre.

Situationen som vårdplatsbristen innebär, medför frågor om kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Kombinationen av vårdplatsbrist och bristande dimensionering inom olika delar av sjukvården både vad avser utrymme och kompetens medför risker för att patienter inte får adekvat hälso- och sjukvård. Vårdgivarens ansvar att bemanna med den kompetens som verksamheten kräver samt att också organisera hälso- och sjukvården så att patienter får en god och säker vård formuleras idag inom landsting. Här saknas en övergripande bild där dessa två system sätts i relation till varandra.

2.3 Patient- och arbetsmiljörisker

Socialstyrelsens tillsyn och vetenskapliga artiklar har visat att en rad vårdskador kan uppkomma vid överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Exempelvis vårdrelaterade infektioner, otillräcklig smärtlindring, felmedicinering, försenad behandling eller medicinering samt ökad dödlighet för vissa tillstånd.

Analysen av tillsynsärenden har bland annat identifierat ett antal faktorer vid överbeläggningar och utlokaliseringar som innebär patientsäkerhetsrisker. De viktigaste av dessa faktorer är att överbeläggningar betraktas som ett normaltillstånd, att det är vanligt med bristande samsyn om patientens vård, otydlig ansvarsfördelning, otillräckliga rutiner och ofullständig dokumentation, att både muntlig och skriftlig kommunikation är bristfällig samt att det finns brister i lokaler, utrustning och medicinsk kompetens. Allt detta skapar stress och otrygg arbetsmiljö för personalen.

⁵ Tillsynsrapport 2013 Inspektionen för vård och omsorg, IVO

Socialstyrelsen har i olika rapporter om tillgång på vårdplatser lyft fram risken för att patienter kommer till skada och den ansträngda situationen för personal. De pekar på risken i att medicinska prioriteringar görs inom akutsjukvård mot bakgrund av platstillgång. Särskilt har Socialstyrelsen i sina inspektioner sökt fokusera om åtgärder är vidtagna och huruvida dessa haft avsedd effekt. Analysen av tillsynsärendena förtydligar sambandet mellan överbeläggningar och risker i patientsäkerhet.

I tillsynsrapport från 2009 konstateras tydligt att de vid tillsyn ser brister av vårdplatser inom vårdområden som varit så omfattande att de inneburit risker för patienten. De pekade på "bårdplatsbehovets" bestämningsfaktorer och på effekterna av otillräcklighet inom slutenvården. Det fanns då 2009 inget enhetligt vårdplatsbegrepp och gjordes inte heller några ingående analyser om organisatoriska anpassningar inom slutenvården, mellan slutenvård och öppenvård samt kommunal vård i övrigt. Utredningen begränsade sig till att visa att behovet överskridit tillgångarna av vårdplatser, utan bedömning av om det var tillfälligt eller återkommande. Mot den bakgrunden kan det därför inte heller sägas ha lämnats ett uttömmande och tydligt svar på om tillgången på vårdplatser motsvarar behov, kompetens och i synnerhet inte ur ett längre framtida perspektiv.

2.4 Överbeläggningar ur ett arbetsmiljöperspektiv

I vård där vårdplatser inte räcker till uppstår en rad problem. Ett sådant är att mer tid går åt att leta efter och organisera platser. Patienter flyttas runt och vårdas inom olika avdelningar, med därtill hörande medicinska utmaningar och risker. Det medicinska ansvaret kräver mer arbete och risken för sämre kvalitet och misstag ökar. Studier har dock visat att utlokalisering av patienter till följd av vårdplatsbrist går att genomföra utan ökade risker men till priset av avsevärt merarbete och en arbetsmiljö med ökat inslag av medicinska intresseavvägningar. Vårdplatsbristen kan därav sägas påföra andra medicinska frågor vilka tenderar att flytta fokus från den enskilde patienten, där mer tid går till att göra medicinska avvägningar och prioriteringar mellan olika patienter och personalkategorier, vilka inte sällan leder till konflikter och negativ belastning för personal, vilket i sin tur ökar missnöjet. Vårdplatsfrågan bidrar till stress och otrygg arbetsmiljö.⁶

Till följd av att frågan om överbeläggning blev mer landsomfattande och ett etablerat arbetsmiljö- och patientsäkerhetsproblem genomförde Arbetsmiljöverket en nationell tillsynskampanj vid landets samtliga akutsjukhus i samarbete med Socialstyrelsen under åren 2010-2011.⁷ Omfattande krav hade sedan tidigare riktats från verket gentemot landstingen som arbetsgivare, vilka inte följdes, samtidigt som skyddsombudsansmälningarna inom området tilltog.

⁶ Påverkan av organisatoriska och miljömässiga faktorer på tillgängligheten till akutsjukvården; G.T Adamiak, Acta Univ.Uppsala 2004.

⁷ Arbetsmiljöverket, Rapport 2012:2; Nationell tillsyn av överbeläggningar inom akutsjukvården

Målet med tillsynen var att komma till rätta med överbelägningsproblem, som anmälts via lokala skyddsombud som arbetsmiljöproblem, genom att förmå arbetsgivare att ta bättre arbetsmiljöansvar på kort och lång sikt genom att lyfta problematiken till ledningsnivå. Tillsynens övergripande frågor var vilka strategier som fanns för att förebygga, riskbedömningar av arbetsmiljön och åtgärder vid överbeläggning.

Insatsen var välkommen och kan sägas utgöra startpunkten för ett mer gemensamt erkännande av att problem och utmaningar finns ifråga om överbeläggningar. I viss mån bidrog inspektionen även till en större acceptans för ett mer målinriktat arbetsmiljöarbete och mer omfattande och systematisk diskussion om antal vårdplatser i slutenvården både vad avser patientsäkerhet och arbetsmiljö, vilket vid tidpunkten inte varit självklart.

Slutsatserna från den nationella tillsynen rapporterades år 2012 och visade ett flertal arbetsmiljöproblem vid överbeläggningar. Sammanfattningsvis kan sägas att det vid 9 av 10 sjukhus noterades brister med följd att arbetsmiljöinspektionen riktade krav på åtgärder. Rapporten framhöll att överbeläggningar tyvärr kan liknas vid ett ”normaltillstånd” inom vården i det avseendet att det är så vanligt förekommande. Ett tillstånd som ur ett arbetsmiljöperspektiv ökar riskerna vad avser psykiska påfrestningar och negativ arbetsbelastning på kort och lång sikt.

Arbetsmiljöverkets slutrapport konstaterar att processen för ett bättre arbetsmiljöarbete till följd av överbeläggningar har startats men att mycket arbete kvarstår. Strategier att förebygga förkom endast delvis och lösningar sågs finnas i mer arbete för att definiera rätt vårdnivå, fungerande vårdkedjor, samarbete inom landstingen, inom och mellan sluten och öppenvård samt kommun. Slutsatserna lyfte fram behov av att:

- Vid politiska beslut ta hänsyn till arbetsmiljö- och patientsäkerhet. Bättre rutiner ifråga om systematiskt arbetsmiljöarbete behövs för att beslut ska kunna tas på riktiga grunder.
- Frågor om vilka patienter som besöker akuten och när behöver analyseras bättre.
- Arbetslokalers utformning behöver kunna tillgodose dubbla behov vad avser arbetsmiljö och patientsäkerhet.
- Bemanningsfrågor behöver relateras till både vårdbehov och kompetens. Ta fram kvalitetssäkrade siffror ifråga om vårdplatser.
- Utveckla kommunikationen mellan olika vårdgivare och tydligare vårdkedjor.
- Alla personalkategorier behöver involveras i arbetsmiljöarbetet för att det ska fungera.

Mer arbete görs idag för att tillse effektiva vårdprocesser inom slutenvården än innan Arbetsmiljöverkets nationella tillsyn. Sedan tillsynen har landstingen som arbetsgivare vidtagit fler åtgärder än tidigare för att mildra effekter av vårdplatsbristen vid olika sjukhus. Nya sätt att organisera, övervakningssystem samt funktionsbefattningar har tillkommit utan att fler vårdplatser nationellt har ökat. Överbryggande samverkan och synsätt mellan öppen och slutenvård har inte heller utvecklats i motsvarande omfattning.

Vårdplatsbrist är en situation som skapas genom ett samspel inom ett system och är ett resultat av en interaktion. För att åtgärda problemet innebär det att förståelsen av olika faktorer bakom behöver öka.

2.5 Utveckling av begrepp

I samband med att larmrapporter tilltog och blev mer kända efterlystes bättre faktaunderlag nationellt. Inledningsvis framkom då att mätetal till del saknades eller var missvisande. Åtgärden övergick till att via Socialstyrelsen jämföra och använda fler mått för att skapa samstämmighet. Mätproblemet övergick därefter till att visa på oklarheter i definitioner och skilda lokala definitioner. Där av introducerades gemensamma termer för vilka rapportering från respektive landsting skulle följa.

Idag rapporteras beläggningsgrad och antal vårdplatser på aggregerad nivå från landsting till Socialstyrelsen och SKL. Ett fåtal indikatorer följs upp, vilket visar att det är fortsatt svårt att skapa jämförbarhet ifråga om tillgång ifråga om vårdplatser. Sverige kan fortsatt sägas vara i en utvecklingsfas i hur, vad, vart och av vem samt till vilken nytta som frågor relaterade till området ska mätas. Myndigheten ska även arbeta fram en modell för hur effekterna av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter kan följas upp och utvärderas. Dessutom ska rekommendationer tas fram.

2.6 Överbeläggningar ett vedertaget problem

Till följd av att problemet med vårdplatsbrist har erkänts har mer satsningar gjorts för att minska vårdskador och arbete för bättre utnyttjande av vårdplatser har inletts. Patientsäkerhetsöverenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting omfattar sedan hösten 2012 antalet överbeläggningar och utlokaliseringar, dessa rapporteras till en nationell databas. Från år 2014 rapporteras även utskrivningsklar. De nya begreppen har gett bättre förutsättningar för att följa upp och utvärdera situation och effekt. Data ifråga om överbeläggningar samlas in för varje månad av Socialstyrelsen och SKL. Den modell som Socialstyrelsen och SKL tagit fram syftar till att

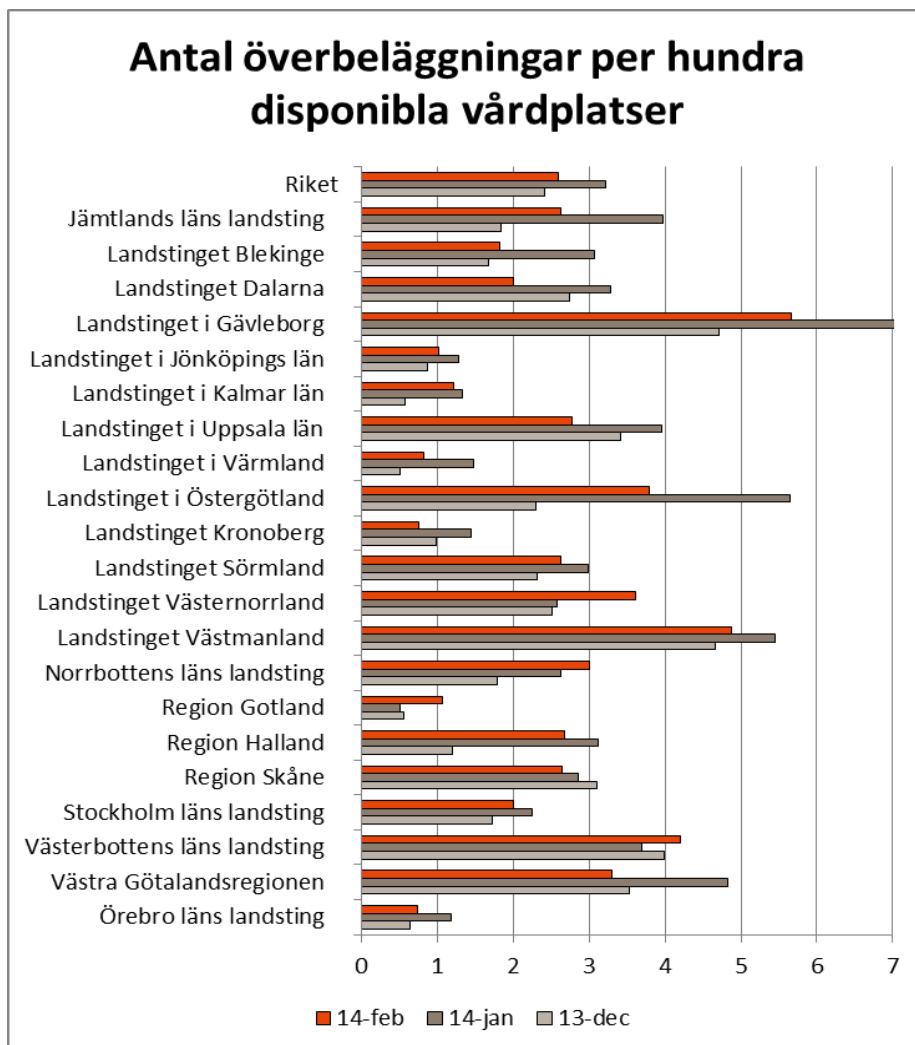
- öka kunskap
- ge stöd till implementeringen av kunskapen
- uppföljning och förbättringsarbete på lokal och regional nivå
- uppföljning, utvärdering och tillsyn på nationell nivå.

Överbeläggningar har blivit ett vedertaget problem där hälso- och sjukvården sägs behöva mer kunskap om orsakerna till, riskerna med och åtgärderna för att minska överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Begreppen överbeläggning och utlokaliserad patient har definierats och ingår nu i Socialstyrelsens termbank. Detta möjliggör en enhetlig uppföljning av dessa företeelser i vården.⁸ Både överbeläggningar

⁸ Tillgång på vårdplatser. Socialstyrelsen 2010
Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet. Socialstyrelsen 2011

och utlokalisering av patienter innebär patientsäkerhetsrisker, vilket framgår av deras definitioner. Socialstyrelsen och SKL har tagit fram och definierat två nya begrepp:

- Överbeläggning definieras som en händelse när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats, vilket är en vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.
- Utlokaliserad patient definieras som en inskriven patient som vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.



Källa www.skl.se

Nuvarande arbetsmodell består av gemensam terminologi, indikatorer och en nationell databas.⁹ För att skapa en gemensam terminologi har ett dussin begrepp som rör

⁹ Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar. Socialstyrelsen 2012

vårdplatser och som redan finns i Socialstyrelsen termbank fått nya vidgade definitioner.¹⁰

Socialstyrelsen och SKL har även utarbetat tre indikatorer för att mäta effekter av och orsaker till bristen på vårdplatser. Indikatorerna överbeläggning och utlokaliserad patient mäter till exempel händelser när en patient inte är inskriven på en disponibel vårdplats medan indikatorn utskrivningsklar patient visar hur många vårdplatser som upptas av patienter som borde vara utskrivna vid tidpunkten när mätningen gjordes.

DEFINITIONER sammanfattade i Cronstafutredningen

Vårdplats	Bäddplats vårdenhet som en inskriven patient kan disponera under ett vårdtillfälle.(slutenvård)
Fastställd vårdplats	Vårdplats som normalt står till förfogande för vårdenhet.
Disponibel vårdplats	Fastställd vårdplats som är belagd eller kan beläggas där rätt bemanning och kompetens finns.
Ej disponibel vårdplats	Vårdplats som ej kan beläggas.
Teknisk vårdplats	Bäddplats på vårdenhet som en inskriven patient på annan vårdenhet kan disponera under ett vårdtillfälle.
Extra vårdplats	Bäddplats på vårdenhet som patient inskriven på annan patient vårdenhet kan disponera
Utlokaliserad patient	Inskrivna patient som vårdas i enhet som inte primärt är medicinskt motiverat.

¹⁰ Öppna jämförelser och utvärdering av överbeläggningar Delrapport 2011. SKL/ Socialstyrelsen

3 Kommunens betalningsansvar

I detta kapitel redovisas inledningsvis reglerna för kommunernas betalningsansvar. Därefter redogörs för Ädel- och Psykiatireformerna, av vilka betalningsansvarslagen var en del. Sist i kapitlet redogörs för den förändring av betalningsansvarslagen som gjordes år 2003. Efter det har inte några förändringar av lagen gjorts. En statlig utredning har emellertid nyligen fått i uppdrag att se över lagen, vilket närmare framgår av avsnitt 5.4.

3.1 Regelverk för kommunernas betalningsansvar

3.1.1 Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

Enligt lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, den s.k. betalningsansvarslagen, har en kommun betalningsansvar för 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. Lagen infördes i samband med Ädelreformen.

Utskrivningsklar

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

Vårdplanering

En *vårdplan* ska upprättas för en patient som efter att ha skrivits ut från en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård av den behandlande läkaren bedöms behöva kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård.

Det är den behandlande läkaren som ska kalla till en vårdplanering. Vårdplaneringen ska påbörjas senast dagen efter det att kallelsen mottagits. Vårdplanen ska utformas i samarbete mellan företrädare för berörda enheter vid kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård. Patienten eller hans eller hennes närstående bör delta i vårdplaneringen.

En vårdplan ska innehålla uppgifter om det bedömda behovet av insatser samt uppgifter om vilken enhet som är ansvarig för respektive insats. En vårdplan är upprättad när den har justerats av företrädare för de ansvariga enheterna.

In- och utskrivningsmeddelande

Redan när en patient skrivs in i landstingets slutna hälso- och sjukvård eller så snart det därefter bedöms finnas ett behov av det, ska den behandlande läkaren genom ett

inskrivningsmeddelande underrätta berörda enheter i den öppna vården eller omsorgen om att patienten efter att ha skrivits ut kan komma att 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 den slutna hälso- och sjukvården ska den behandlande läkaren vid den enhet där patienten vistas genom ett *utskrivningsmeddelande* underrätta ansvariga enheter.

Betalningsansvaret inträder

Kommer inte ett landsting och en kommun överens om en annan tidpunkt inträder kommunens betalningsansvar *dagen efter det att en patient är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad.*

För en patient i den somatiska akutsjukvården eller den geriatriska vården inträder betalningsansvaret *tidigast fem vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen.* För en patient i den psykiatriska vården inträder betalningsansvaret *tidigast trettio vardagar efter att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen.*

Medverkar inte en kommun vid upprättandet av en vårdplan inträder kommunens betalningsansvar ändå om den utskrivningsklara patienten stannar kvar inom landstingets slutna hälso- och sjukvård. Kan de insatser som landstinget ansvarar för inte utföras inträder inte något betalningsansvar för kommunen.

Ersättningen

Ersättning för vård av utskrivningsklara patienter ska lämnas med belopp som motsvarar den omvårdnad som patienten får på enheten, om inte ett landsting och en kommun kommer överens om annan ersättning. Beloppen ska motsvara genomsnittet i riket och räknas om årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i riket. Det är regeringen som årligen fastställer beloppen genom förordning (1991:1278) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

3.1.2 Förordning om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

Ersättningen regleras närmare i förordning (1991:1278) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Regeringen fastställer beloppen årligen. Om inte annat har överenskommit ska ersättningen, för varje vårddygn som påbörjas under år 2014, lämnas med

- a) 4 513 kronor för patienter vid en enhet för somatisk akutsjukvård,
- b) 3 256 kronor för patienter vid en enhet för geriatrisk vård, och
- c) 3 828 kronor för patienter vid en enhet för psykiatrisk vård.

Skatteverket ska under oktober månad varje år lämna regeringen underlag 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.

3.1.3 Socialstyrelsens föreskrifter

Socialstyrelsen föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård föreskriver närmare om samverkan, bl.a. om rutiner, vårdplanering och informationsöverföring.

Rutiner

Landstingen och kommunerna ska i samråd utarbeta rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information. Rutinerna ska dokumenteras och de ska vara enhetligt utformade inom ett län eller en region. Rutinerna ska innehålla uppgifter om

1. vilka som är ansvariga för att sända respektive ta emot in- och utskrivningsmeddelanden,
2. vilka som skall kallas till vårdplaneringen,
3. hur den behandlande läkaren skall kalla till vårdplaneringen,
4. hur den behandlande läkaren skall få besked om att kallelsen till
5. vårdplaneringen har mottagits, och
6. vilka som har utsetts till att justera vårdplanen och hur den skall justeras.

Vårdplanering

Den behandlande läkaren i den slutna vården ska efter samråd med patienten, närstående och företrädare för berörda enheter fastställa hur vårdplaneringen ska genomföras.

I vårdplaneringen ska personal från berörda enheter delta som har den kompetens som behövs för att tillgodose patientens behov av insatser efter utskrivningen.

Av vårdplanen ska det tydligt framgå vilka insatser efter utskrivningen från den slutna vården som behövs för att en hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet skall uppnås. Vårdplanen skall samordnas med eventuell planering för patienten som fanns före inskrivningen i den slutna vården.

I föreskrifterna framgår mer detaljerat vad vårdplanen ska innehålla (se 3 kap 4 §). En vårdplan får upprättas även om patienten ännu inte är utskrivningsklar. All vårdplanering ska dokumenteras i patientjournalen i den slutna vården.

Om en vårdplan har upprättats för en utskrivningsklar patient men dennes tillstånd förändras så att den behandlande läkaren bedömer att patienten inte längre är utskrivningsklar, skall läkaren dokumentera detta i patientjournalen och meddela berörda enheter. Om förändringen är så stor att vårdplanen påverkas, skall en ny plan upprättas.

Av föreskrifterna framgår också vad ett utskrivningsmeddelande ska innehålla:

1. patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress, och
2. information om när patienten beräknas skrivas ut.

Överföring av information vid in- och utskrivning

Information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst ska, om det inte finns hinder för det enligt offentlighets- och sekretesslagen eller patientsäkerhetslagen överföras mellan berörda enheter inom den slutna vården och den öppna vården samt socialtjänsten.

Information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst ska senast samma dag som patienten skrivs ut överföras från den slutna vården till berörda enheter inom den öppna vården och socialtjänsten. Informationen ska innehålla dels vårdplanen, dels övriga väsentliga uppgifter. Av föreskrifterna framgår mer detaljerat vad de övriga uppgifterna ska innehålla (se 4 kap 3 §).

Patienten ska, om det inte finns hinder för det enligt offentlighets- och sekretesslagen eller patientsäkerhetslagen, få informationen skriftligt vid utskrivningen. Vid behov skall den även ges i annan form.

3.2 En del av Ädel- och Psykiatrireformerna

3.2.1 Ädelreformen 1992

Med Ädelreformen¹¹ år 1992 överfördes ansvaret för hälso- och sjukvården i särskilda boendeformer och dagverksamhet från landstingen till kommunerna, totalt ca 31 000 vårdplatser. Motivet var att förtydliga ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet och att samla ansvaret för service och vård för äldre personer, och för personer med funktionsnedsättning, hos en huvudman. Kommunerna tog över hälso- och sjukvårdsansvaret upp till och med sjuksköterskenivå. Läkarinsatserna förblev landstingens ansvar. Kommunerna fick också befogenhet att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende efter överenskommelse med landstinget.

Ett kommunalt betalningsansvar infördes för somatisk långtidssjukvård och för medicinskt färdigbehandlade patienter vid landstingens enheter för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Syftet var att kommunerna skulle få ett samlat ekonomiskt ansvar för långvarig vård, oavsett var den bedrevs och att påskynda kommunernas och landstingens utbyggnad av alternativa vård- och boendeformer. Det var socialutskottet som tog initiativ till det obligatoriska betalningsansvaret för medicinsk färdigbehandlade. Utskottet

¹¹ Regeringens proposition (prop. 1990/91:14) om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m., 1990/91:SoU9, rskr 1990/91:97

hänvisade till att köer i den somatiska akutsjukvården hängde samman med att färdigbehandlade patienter inte kan skrivas ut därför att kommunerna och landstingen saknade alternativa vård- och boendeformer. Enligt utskottet var ett av de viktigaste syftena med reformen att komma till rätta med det problemet. För att reformen skulle bli kraftfull ansåg utskottet att ett betalningsansvar skulle införas för kommunerna även för de medicinskt färdigbehandlade inom den somatiska korttidssjukvården och inom geriatriken.¹²

Landstingsförbundet hade inventerat medicinskt färdigbehandlade patienter åren 1989 och 1990 och funnit att ca 4 000 patienter, motsvarande ca 15 % av patienterna inom den slutna akutsjukvården var medicinskt färdigbehandlade (framgår av regeringens proposition 1990/91:14).

Utskottet anförde att det måste vara en läkare som avgör när en patient kan anses vara medicinskt färdigbehandlad. När det gällde *betalningsansvarets inträde* ansåg utskottet att man kunde titta på den inventering som Landstingsförbundet hade genomfört (år 1990) och som visade att en stor del, nära 40 %, av de medicinskt färdigbehandlade hade varit utskrivningsklara i högst sju dagar. Detta hade enligt utskottet betydelse för fastställande av tidpunkten för betalningsansvarets inträde. Utskottet diskuterade därefter två modeller:

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

¹² Socialutskottets betänkande (1990/91:SoU9) om ändrad ansvarsfördelning inom äldreomsorgen m.m.

En gemensam vårdplanering förutsätter medverkan från patientens sida. Om patienten inte vill medverka eller om en gemensam vårdplanering av någon annan anledning inte kommer till stånd bör enligt utskottet betalningsansvaret inträda efter en varseltid på fem arbetsdagar på samma sätt som för betalningsansvaret för långtidssjukvården.”

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

Ekonomiska resurser fördes över från landsting till kommuner genom en kombination av skatteväxling och statsbidrags- och skatteutjämnningssystemen.

3.2.2 Psykiatrireformen 1995

Med Psykiatrireformen¹³ år 1995 utvidgades kommunernas betalningsansvar. Ett obligatoriskt betalningsansvar för ”vissa långvarigt psykiskt störda” infördes. Betalningsansvaret gällde ”långvarigt psykiskt störda personer som av specialistkompetent psykiatriker bedömts vara medicinskt färdigbehandlade inom sådan sluten psykiatrisk vård som bedrivs vid psykiatrisk klinik eller annan enhet där aktiv psykiatrisk vård ges.” Det omfattade patienter som hade vårdats sammanhängande i mer än tre månader i sluten psykiatrisk vård. Som skäl framhöll regeringen bl.a. problem beträffande psykiskt stördas boendesituation och de positiva erfarenheterna av systemet med kommunalt betalningsansvar. Kommunerna skulle ges en skyldighet att betala ersättning för de patienter som trots att de inte längre behövde sådan vård fanns kvar inom den psykiatriska vård som lämnades eller finansierades av landstingen.

Syftet var att erbjuda ett anpassat boende utanför den psykiatriska vårdorganisationen. Betalningsansvaret avsåg att motverka att patienter som var medicinskt färdigbehandlade skulle bli kvar inom den psykiatriska vården på grund av att det saknades anpassade kommunala boendeformer. Regeringen ansåg att betalningsansvaret skulle avgränsas så att det inte skulle komma att omfatta patienter som hade vistats en kortare tid inom psykiatrin. Därmed föreslogs att betalningsansvaret skulle gälla patienter som vårdats sammanhängande minst tre månader.

Psykiatriutredningen hade konstaterat att det fanns betydande skillnader i boendeförhållanden mellan människor med psykiska besvär och de som är besvärsfria. Utredningen hade konstaterat att hälften av alla personer som år 1991 vårdades inom sluten psykiatrisk vård (ca 7 000) helt saknade bostad.

¹³ Regeringens proposition (prop. 1993/94:218) om psykiskt stördas villkor

En kartläggning av Socialdepartementet som hade genomförts i februari 1994 visade att antalet medicinskt färdigbehandlade personer inom psykiatrisk slutenvård bedömdes till 2 742.

I propositionen framhöll regeringen vikten av gemensam vårdplanering och när det gällde *betalningsansvarets inträde* framgick:

”Landstingets personal bör i god tid före en patient flyttar i samråd med denne ta kontakt med företrädare för kommunen. Inriktningen bör vara att kontakten sker i så pass god tid att patienten kan flytta från inrättningen samma dag som utskrivning bedömts kunna ske.

För de fall patienten inte flyttar från landstingets inrättning bör det kommunala betalningsansvaret inträda två veckor efter det att landstinget hos kommunen anmält patienten som medicinskt färdigbehandlad. Härigenom tillgodoses bl.a. kravet på att kommunen får någon tid på sig att ombesörja patientens vård och omsorg ute i samhället.”

Den *ekonomiska regleringen* byggde på en tillfällig överenskommelse mellan Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet eftersom det pågick ett utredningsarbete om stats- och skatteutjämningsbidragen till kommuner och landsting. Senare genomfördes en skatteväxling mellan landsting och kommun och kostnadsutjämning mellan kommuner.¹⁴

3.3 Förändringar av betalningsansvaret 2003

Utvärderingar av Ädel- och Psykiatrireformerna visade att ett kvarstående problem var samverkan mellan kommuner och landsting. Flera statliga utredningar har haft i uppdrag att se över hur samverkan kan förbättras, några av dessa redovisas i kapitel 4. Kritik fanns även mot betalningsansvarslagen, bl.a. av dåvarande Kommunförbundet och Landstingsförbundet, som lade ett antal förslag i en gemensam utredningsrapport år 2001.

¹⁴ Regeringens proposition (prop.1995/96:72) om ekonomisk reglering mellan landsting och kommuner med anledning av ökat kommunalt ansvar för psykiskt störda

3.3.1 Svenska Kommunförbundets och Landstingsförbundets rapport Samarbetet kring medicinskt färdigbehandlade/utskrivningsklara patienter

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet lade i en gemensam utredningsrapport från år 2001 *Samarbetet kring medicinskt färdigbehandlade/utskrivningsklara patienter* fram ett antal förslag till ändringar av betalningsansvarslagen. Det kommunala betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter föreslogs kopplas till att det fanns en vårdplan. Genom det menade man att det skapades en möjlighet för kommunerna och den öppna vården att i dialog med slutenvården kunna ta ställning till sina förutsättningar att överta ansvaret för personens fortsatta vård. Det fanns kritik mot att slutenvården, genom att ansvarig läkare bedömde att patienten var medicinskt färdigbehandlad, ensidigt kunde utlösa det kommunala betalningsansvaret.

Betalningsansvaret föreslogs inträda under förutsättning att det fanns en vårdplan vardagen efter det att patienten är utskrivningsklar. För somatisk vård föreslogs betalningsansvaret inträda tidigast fem vardagar efter det att kallelse till vårdplanering skett. För psykiatrisk vård tidigast 30 vardagar efter det att kallelse till vårdplanering skett. Den senare var en helt ny bestämmelse. De båda förbunden ansåg att den s.k. tremånadersregeln för den psykiatriska vården skulle slopas och att i huvudsak samma bestämmelser skulle gälla för somatisk och psykiatrisk vård, men att tidpunkten då betalningsansvaret skulle inträda behövde vara längre för psykiatrisk vård. Den s.k. tremånadersregeln hade inneburit att allt färre personer omfattades av betalningsansvaret eftersom vårdtiderna i psykiatrisk slutenvård hade sjunkit sedan Psykiatrireformen och normalt understeg tre månader.

Tidsgränserna fem respektive 30 dagar uppgavs vara satta för att garantera kommunerna och öppenvården en rimlig planeringstid. Det angavs i rapporten att då vårdtiden i slutenvården var mycket kort och vårdplaneringsprocessen går snabbt och smidigt så ska vårdgivarna ändå få tillräckligt med tid att förbereda de insatser som behövs. Tiderna svarade mot de nationella genomsnittliga vårdtiderna i somatisk respektive psykiatrisk slutenvård. I rapporten uppgavs att den genomsnittliga vårdtiden hade sjunkit mellan åren 1990 och 1998 i medicinsk akutsjukvård från 7,5 till 5,4 dagar och i kirurgisk vård från 5,9 till 4,6 dagar. I den psykiatriska vården hade antalet dagar sjunkit från 56,3 till 27,6 dagar.

I utredningsrapporten föreslogs också begreppet ”medicinskt färdigbehandlad” ersättas med ”utskrivningsklar”.

3.3.2 Regeringens proposition Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet

Regeringen föreslog i sin proposition *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet (prop. 2002/03:20)* att kommunens betalningsansvar för utskrivningsklara patienter skulle knytas till att en gemensam vårdplan upprättats. Regeringen ville därmed skapa incitament för gemensam vårdplanering. Förslaget byggde på Svenska Kommunförbundets och Landstingsförbundets ovan redovisade rapport *Samarbetet mellan medicinskt färdigbehandlade/utskrivningsklara patienter*.

Regeringen konstaterade att kritik fanns om att begreppet medicinskt färdigbehandlad hade påverkats av patienttillströmningen till kliniken och tillgängliga resurserna. Det man syftade på var att läkaren enskilt avgjorde om en patient kunde anses medicinskt färdigbehandlad, och att patienter med kvarstående vård- och omsorgsbehov hade skrivits ut utan att det var klarlagt om kommunens socialtjänst och landstingens primärvård kunde tillgodose patientens fortsatta behov. Detta, framhölls det, hade medfört att personer som skrivits ut återkommit till sjukhusens akutmottagningar efter en kort tid för att på nytt läggas in.

Vidare hade Socialstyrelsen framfört i sin utvärdering av Psykiatrireformen *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform (1999:1)* bl.a. att regeringen borde överväga att förändra betalningsansvarslagen när det gällde patienter som vårdats i slutna psykiatrisk vård, så att den s.k. tremånadersregeln avskaffades och ersattes med den annars brukliga femdagarsregeln. Det framhölls att andra patienter än de patienter som gavs psykiatrisk tvångsvård sällan omfattades av det kommunala betalningsansvaret eftersom vårdtiderna inom den slutna psykiatriska vården ofta understeg tre månader.

Från och med den 1 juli 2003 ändrades begreppet medicinskt färdigbehandlad till *utskrivningsklar*. Kommunens betalningsansvar för utskrivningsklara patienter knöts till att en *gemensam vårdplan upprättas*. Bestämmelser om inskrivnings- och utskrivningsmeddelande infördes. Det angavs att den behandlande läkaren kallar till en vårdplanering och att planeringen ska påbörjas senast dagen efter att kallelsen mottagits. Betalningsansvaret skulle inträda, om inte landsting och kommun kommer överens om en annan tidpunkt, dagen efter det att en patient är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad, men tidigast fem vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen. Vidare infördes bestämmelse om att om kommun inte medverkar vid upprättandet av en vårdplan kan betalningsansvar ändå inträda, liksom om de insatser som landstinget ansvarar för inte kan utföras så inträder inte något betalningsansvar för kommunen. Socialstyrelsen reviderade sina föreskrifter år 2005.

När det gäller den *psykiatriska vården* anförde regeringen att förhållandena både när det gällde vårdtider och utbyggnaden av kommunala stödformer hade förändrats mycket sedan det kommunala betalningsansvaret infördes och delade Svenska Kommunförbundets och Landstingsförbundet synpunkt att särbestämmelserna för psykiatrisk vård inte längre var motiverade. Det skulle inte krävas att patienten hade

vårdats viss tid inom den slutna psykiatriska vården för att kommunen skulle bli betalningsansvarig för fortsatt vård. Regeringen delade uppfattningen att reglerna när det gäller kommunalt betalningsansvar för psykiatrisk vård så långt som möjligt borde motsvara vad som gällde för somatisk vård. Inriktningen var enligt regeringen att den offentligt finansierade vården och omsorgen skulle utformas med stöd av entydiga och enhetliga regler. Dock ansågs förutsättningarna för att tillhandahålla särskilda boenden och andra insatser för patienter inom psykiatrin och inom den somatiska vården vara olika. Regeringen anförde att det kunde vara svårare att genomföra en realistisk och genomförbar planering för psykiatrins patienter än för patienter i somatisk vård. Tidpunkten för när betalningsansvaret skulle inträda borde därför enligt regeringens mening "än så länge" vara olika.

Från och med den 1 juli 2003 infördes bestämmelsen om att betalningsansvar inträder för en patient i den psykiatriska vården tidigast trettio vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen.

4 Vilka är de utskrivningsklara?

Det förs inte någon löpande statistik över utskrivningsklara. Det innebär att de uppgifter som finns är de inventeringar som har genomförts av Sveriges kommuner och landsting (SKL) och Socialstyrelsen sedan betalningsansvarslagen infördes. Den senaste inventeringen som gjordes i samverkan mellan Socialstyrelsen och SKL är från år 2007 och avser enbart somatisk slutenvård. Den visar hur antalet utskrivningsklara/medicinsk färdigbehandlade från slutna somatisk vård har sett ut genom åren. Under år 2013 gjorde Socialstyrelsen ytterligare en inventering men informationen i den är begränsad. Dels var syftet i första hand att redovisa landstingens kostnader, dels var det enbart nio landsting som svarade på enkäten.

De inventeringar som gjordes åren innan Ädelreformen visade att ca 4 000 patienter, motsvarande ca 15 % av patienterna inom den slutna akutsjukvården, var medicinskt färdigbehandlade åren 1989 och 1990 (Landstingsförbundet). En kartläggning från år 1994 bedömde antalet medicinskt färdigbehandlade personer inom psykiatrisk slutenvård till 2 742.

4.1 Inventering från 2007

Socialstyrelsens och SKL:s inventering från 2007¹⁵ omfattar två undersökningar, en inventering av utskrivningsklara patienter från *sluten somatisk vård* och en inventering av *vårdplanering* i samband med utskrivning från slutna somatisk vård. Inventeringen ger en bild av situationen en viss mättdag.

Tidigare inventeringar

I rapporten redovisas jämförelser med tidigare års inventeringar. År 1992 väntade nästan 2 500 medicinskt färdigbehandlade patienter inom den slutna somatiska vården på kommunal hälso- och sjukvård. År 2002 ökade antalet färdigbehandlade patienter för första gången sedan betalningsansvaret infördes år 1992. Patienterna som väntade på kommunal hälso- och sjukvård ökade från 1 089 år 1999 till 1 235 år 2002, eller med 13 procent. Det totala antalet medicinskt färdigbehandlade patienter år 2002 utgjorde 6,7 procent av samtliga inneliggande patienter inom somatisk vård.

Andelen som väntade på kommunal hälso- och sjukvård, av samtliga inneliggande patienter, var år 1992 7,9 procent, år 1999 5,0 procent och år 2002 6,2 procent. I mätningen från 2004 rapporterades totalt 1 155 utskrivningsklara patienter, vilket motsvarade 6,1 procent av antalet inneliggande. I 2004 års rapport jämfördes antalet

¹⁵ Inventering av utskrivningsklara patienter och vårdplanering i samband med utskrivning, undersökning 2007

utskrivningsklara med 2002 års mätning. Det konstaterades att antalet utskrivningsklara minskat med 13 procent, vilket motsvarar 174 patienter.

2007-år undersökning

Av rapporten framgår att minskningen på 13 procent mellan åren 2002 och 2004 inte blev en fortgående trend. Inventeringen av antalet utskrivningsklara patienter visade en viss ökning från år 2004 till 2007 från 1 155 till 1 319 patienter. 1 319 utskrivningsklara patienter motsvarade 7,6 procent av antalet rapporterade ineliggande patienter. I rapporten konstaterades att de senaste årens inventeringar tydde på att antalet utskrivningsklara eller medicinskt färdigbehandlade patienter verkade ha stabiliserats på en nivå om cirka 1 100–1 300 patienter en viss mättdag.

Kvinnorna utgjorde 59 procent av patienterna i inventeringarna åren 2002, 2004 och 2007. Av inventeringen 2007 framgår att ungefär 10 procent av kvinnorna var under 65 år och motsvarande andel för män var knappt 15 procent.

Både år 2004 och år 2007 visade inventeringarna att ungefär hälften av de utskrivningsklara patienterna väntade på ett korttidsboende, men det fanns lokala variationer. År 2007 följde därefter enbart SoL-insatser i ordinärt boende (16 procent), både SoL- och HSL-insatser i ordinärt boende (13 procent) och permanent särskilt boende (12 procent). Socialstyrelsen konstaterar att tillgången till korttidsboende på många håll spelade en avgörande roll i samspelet med slutenvården.

Av inventeringen 2007 framgår att mer än hälften av patienterna (55 procent) hade varit utskrivningsklara i högst två dagar. 12 procent av patienterna hade varit klara att skrivas ut i tre till sex dagar. Sammanlagt hade nästan två av tre patienter (67 procent) varit utskrivningsklara i mindre än en vecka.

Antalet patienter som hade en upprättad vårdplan var år 2007 totalt 924 av 1 319 patienter (ca 70 procent). Motsvarande siffra för år 2004 var 687 av 1 155 patienter (knappt 60 procent).

Av inventeringen 2007 framgår att för 42 procent av patienterna med en upprättad vårdplan hade den blivit färdig högst två dagar innan undersökningen genomfördes. 19 procent hade haft en plan i mellan tre och sex dagar. Cirka tre av fem patienter (61 procent) med en upprättad vårdplan hade alltså haft den i mindre än en vecka.

När det gäller betalningsansvar hade det framgått av 2004 års undersökning att betalningsansvaret hade inträtt för en dryg tredjedel (35 procent) av de 993 patienterna som väntade på kommunal hälso- och sjukvård, motsvarande ca 348 patienter. I 2007 års undersökning hade frågan inte avgränsats till enbart patienter som väntade på kommunal hälso- och sjukvård, utan landstinget skulle ange för hur många patienter betalningsansvaret hade inträtt för oavsett vad de väntade på för insats. Av svaren framgick att betalningsansvaret hade inträtt för 388 patienter, motsvarade 29 % av antalet utskrivningsklara patienter.

4.2 Inventering från 2012

Den senaste inventeringen gjorde Socialstyrelsen själv, *Utskrivningsklara patienter – kartläggning våren 2013*. Syfte med undersökningen var att samla in och redovisa antalet patienter som under år 2012 hade fått stanna på sjukhus för att kommunerna hade saknat resurser att ta hand om dem från tidpunkten då de var utskrivningsklara. Målet var att redovisa dels kostnader för landstingen totalt, dels var dessa kostnader uppkommer inom sjukvården. En enkät skickades ut till samtliga landsting. Resultaten bygger på svar från nio landsting. Uppgifterna för den psykiatriska vården besvarades delvis av fem landsting.

Av sammanfattningen framgår:

- Under 2012 fick cirka 80 000 patienter inom den somatiska slutenvården och cirka 4 000 patienter inom den psykiatriska vården stanna på sjukhus på grund av att kommunerna saknade resurser att ta hand om dem från tidpunkten då de var utskrivningsklara. Detta trots att de var färdigbehandlade.
- Sammanlagt väntade dessa patienter uppskattningsvis 460 000 dagar inom den somatiska slutenvården och 59 000 dagar inom den psykiatriska vården från det att de var utskrivningsklara från sjukhus till det att kommunerna kunde ta över ansvaret.
- Huvuddelen av de utskrivningsklara patienterna kunde skrivas ut inom den tidsram betalningsansvaret ligger hos landstingen, vilket är fem dagar inom den somatiska vården och 30 dagar inom den psykiatriska vården. Dock fick cirka 21 600 patienter vänta mer än fem dagar inom den somatiska slutenvården och 200 patienter mer än 30 dagar inom den psykiatriska vården.
- De utskrivningsklara patienterna beräknas ha kostat landstingen omkring 1 683 mkr under år 2012.
- Merparten av kostnaderna för landstingen utgjordes av utskrivningsklara patienter inom somatisk vård, uppskattningsvis 1 522 mkr. Utskrivningsklara patienter inom psykiatrisk vård beräknas ha kostat landstingen 161 mkr.

Resultatet är svårt att jämföra med föregående års inventeringar då syftet med inventeringen år 2013 var att beräkna kostnaderna för landstingen för utskrivningsklara patienter. Det framgår inte om de som var utskrivningsklara hade en vårdplan, vilket är ett av kriterierna för att kommunernas betalningsansvar ska inträda.

Av inventeringen framgår att av de utskrivningsklara patienterna i slutet somatisk vård var 49 procent inskrivna på internmedicin, 19 procent på ortopedi, 11 procent på kirurgi och 9 procent på geriatrisk klinik (resterande 12 procent övrig vård). Endast två landsting kunde lämna uppgifter om vilken boendeform patienterna skrevs ut till - 41 procent till särskilt boende, 30 procent till korttidsboende och 29 procent till eget boende. När det gäller slutet psykiatrisk vård var det enbart *ett landsting* som svarade, i stort sett alla patienter i det landstingen vårdades inom allmänpsykiatri. Två tredjedelar av utskrivningsklara patienter inom allmänpsykiatri skrevs ut till eget boende och övriga till korttidsboende eller särskilt boende.

5 Tidigare utredningar och vidtagna åtgärder

Omstruktureringar i hälso- och sjukvården från slutna till öppna vårdformer ställer ökade krav på insatser från såväl primärvården som kommunen. Samtidigt har antalet platser i särskilda boenden och korttidsboenden minskat. Det är fler svårt sjuka som bor kvar hemma. En mer avancerad sjukvård utförs i patienternas hem jämfört med när Ädelreformen genomfördes. Fungerande vårdkedjor ställer krav på *samverkan* och samordning av vård och omsorgsinsatser mellan huvudmännen, vårdnivåerna och olika professioner.

Samverkan mellan kommuner och landsting har varit ett återkommande problem som har uppmärksammats i en rad utredningar och rapporter, både inom äldrevården och psykiatrin, bl.a. vårdplaneringen för personer som behöver insatser från flera olika verksamheter och huvudmän. Ett antal statliga utredningar har haft i uppdrag att se över hur samverkan kan förbättras och flera ändringar av regelverken har gjorts genom åren.¹⁶ Några av dessa utredningar och rapporter har valts ut och redovisas i avsnitt 5.1.

För att närmare belysa förutsättningarna för primärvården och kommunen att ta ansvar för de mest sjuka äldre redogörs i avsnitt 5.2 för två rapporter från Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I avsnitt 5.3 redovisas Läkarförbundets rapporter om behovet av ökad läkarnärvaro i äldrevården och behovet av bättre läkarförsörjning i primärvården. Avslutningsvis redovisas i avsnitt 5.4 de allra senaste och alltjämt pågående åtgärderna i form av regeringens nationella samordningsprojekt och överenskommelser. Flera av dessa omfattar åtgärder för att förbättra samverkan mellan kommuner och landsting. Nyligen gav regeringen också den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården i uppdrag att se över betalningsansvarslagen.

5.1 Samverkan mellan landsting och kommun

5.1.1 Samverkansutredningen år 2000

Samverkansutredningen tillsattes mot bakgrund av att behovet av samverkan mellan olika vårdgivare hade uppmärksammats i flera sammanhang. Regeringen anförde att samordningsproblem mellan landstingens och kommunernas vård och omsorg hade funnits under lång tid. Erfarenheterna av huvudmannaskapsreformer framhölls som i huvudsak positiva men det kvarstod trots reformerna samordningsproblem mellan olika

¹⁶ För en närmare redogörelse av utredningar se t.ex. i *Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.* (SOU 2000:114), *Sammanhållen hemvård* (SOU 2004:68) och *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100).

delar av landstingens och kommunernas vård och omsorg. Minskningen av vårdplatser framhölls. De korta vårdtiderna hade bidragit till att en allt större andel av samhällets vård och omsorg till äldre bedrevs av kommunerna utanför sjukhusen.

Samverkansutredningen föreslog i betänkandet *Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet m.m. (SOU 2000:114)* att ett landsting och de kommuner som ingår i landstinget skulle få befogenhet att bilda en gemensam nämnd för att gemensamt fullgöra uppgifter på vård och omsorgsområdet. Vidare föreslogs att kommunerna skulle få tillhandahålla läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Ansvar för läkarinsatser skulle emellertid inte föras över från landsting till kommunerna. Kommunerna skulle endast ges en laglig möjlighet att tillhandahålla sådana insatser, som de i förekommande fall själva skulle få bekosta.

Regeringen anförde i sin proposition *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet (prop. 2002/03:20)* att den ville stödja och stimulera en fortsatt kvalitetsutveckling av samverkan på vård- och omsorgsområdet då en bättre samordning förbättrar kvaliteten och servicen till de enskilda samtidigt som samhällets resurser används effektivare. En ny lag om gemensamma nämnder inom vård- och omsorgsområdet infördes den 1 juli 2003. Däremot gavs kommunerna inte rätt att tillhandahålla läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Regeringen ansåg att läkarmedverkan i äldrevården behövde utredas närmare och överlämnade frågan till Äldrevårdsutredningen. I samma proposition föreslog regeringen att kommunens betalningsansvar för utskrivningsklara patienter skulle knytas till att en gemensam vårdplan upprättats. Regeringen ville därmed skapa incitament för gemensam vårdplanering.

5.1.2 Äldrevårdsutredningen 2004

Äldrevårdsutredningen tillsattes mot bakgrund av att det fortfarande fanns samordningsproblem mellan huvudmännens ansvarsområden som delvis var kvarstående samverkansproblem efter reformen, dels nytillkomna problem skapade av vård- och samhällsstrukturella förändringar. Enligt direktiven skulle utredningen analysera hur vården och omsorgen bäst kunde organiseras för att säkerställa en god vård och omsorg för främst äldre personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga behov av vård och omsorg. Utredningen skulle ta ställning till om huvudmannaskapsgränsen var ändamålsenlig eller behövde ändras.

I betänkandet *Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68)* anförde utredningen att ansvarsfördelningen gällande hemsjukvård mellan landsting och kommuner var otydlig och att det skapade konflikter och revirstrider mellan huvudmännen vilket innebar risker för den enskilde som behövde vård och omsorg. Utredningen föreslog att en huvudman, kommunen, skulle ansvara för hemsjukvård, med undantag av läkarinsatser, i såväl ordinärt som särskilt boende i en sammanhållen hemvård. Utredningen föreslog också att kommuner och landsting skulle komma överens om omfattning i tid och former för landstingens läkarinsatser i den kommunala hemvården. Om ett landsting inte fullgjorde sin skyldighet att avsätta läkartid till kommunens hemvård skulle kommunen ha rätt att anlita läkare och avgöra hur läkarinsatserna skulle användas med landstinget som

betalningsansvarig. I avsikt att stimulera landsting och kommuner att utforma fastare former för samverkan föreslogs att landsting och kommuner skulle ges befogenhet att medverka i varandras verksamheter under förutsättning att var och en stod för sin del av kostnaderna. Vidare föreslogs att en individuell vård- och omsorgsplan skulle upprättas på den enskildes begäran eller med dennes samtycke oavsett var behoven av vård och omsorg aktualiseras. När en vård- och omsorgsplan upprättades skulle kommunen också utse en namngiven samordnare/kontaktperson.

Förslagen ledde till bestämmelsen i 26d § HSL som innebär att landstingen ska avsätta de läkarresurser som behövs för kommunal hemsjukvård, att kommuner och landsting ska sluta avtal om omfattning och former för sådan läkarmedverkan samt att kommunerna får, om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet, på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från landstinget. Regeringen gjorde dock bedömningen i sin proposition (prop. 2005/06:115) Nationell utvecklingsplan om vård och omsorg om äldre att det inte behövdes några ytterligare åtgärder vad gällde vårdplan mot bakgrund av att Socialstyrelsen hade meddelat föreskrifter som berörde ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda patienter. Regeringen anförde att man skulle återkomma angående att huvudansvaret för hemsjukvården borde överföras till kommunerna. Först år 2010 tillsatte regeringen en nationell samordnare för hemsjukvård med uppdrag att verka för att kommunerna frivilligt skulle ta över ansvaret för hemsjukvården från landstingen.

5.1.3 Nationell psykiatrisamordning 2006

Regeringen tillsatte 2003 nationell psykiatrisamordning med uppdrag att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. I betänkandet *Ambition och ansvar – nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder (SOU 2006:100)* lämnades flera förslag som berör ansvaret och samarbetet mellan kommuner och landsting när det gäller vård och omsorg av personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning.

Lagstadgad skyldighet att ingå överenskommelser

Ett av förslagen från nationella psykiatrisamordningen ledde till att det 2010 i hälso- och sjukvårdslagen (8 a §) och socialtjänstlagen (5 kap 8 a §) infördes en skyldighet för kommuner och landsting att ingå överenskommelser om sitt samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning. Syftet med den lagstadgade skyldigheten att ingå överenskommelser är att kommuner och landsting ska identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård- och stödinsatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. Överenskommelserna ska förtydliga de gemensamma målen, resurser och ansvarsfördelningen och rutinerna för samarbetet.

I sammanhanget kan nämnas att det från 1 juli 2013 också finns en skyldighet för kommuner och landsting att ingå överenskommelser om sitt samarbete när det gäller

personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

Skyldighet att upprätta samordnad individuell plan

Den 1 januari 2010 infördes också en lagstadgad skyldighet i både HSL (3 f §) och SoL (2 kap 7 §) som innebär att kommuner och landsting tillsammans ska att upprätta en individuell plan (s.k. SIP) när en enskild har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. 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. Av planen ska framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. Regeringen framhåller att bestämmelsen inte enbart omfattar personer med psykisk funktionsnedsättning, utan gäller alla som har behov av insatser både från sjukvården och socialtjänsten. I förarbetena nämns missbruksvården och äldreomsorgen som exempel på verksamheter inom socialtjänsten där bestämmelserna kan få stor betydelse. (prop. 2008/09:193 s 20).

Ny vårdform – öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård

Ett annat förslag från nationell psykiatrisamordning som påverkat tillämpningen av betalningsansvarslagen är den nya vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård som trädde i kraft 2008. Den nya vårdformen gäller alla patienter som inte behöver vårdas i slutna psykiatrisk tvångsvård men som behöver iaktta särskilda villkor för att vården ska kunna ges i öppenvård. Tidigare var det vanligt att patienter i den slutna psykiatriska tvångsvården slussades ut genom kortare eller längre permissioner. Så länge som patienten var inskriven i slutenvården kunde betalningsansvarslagen inte tillämpas. Med den nya vårdformen kan däremot betalningsansvarslagen vara tillämplig när en patient skrivs ut till öppen psykiatrisk tvångsvård respektive öppen rättspsykiatrisk vård. Chefsöverläkaren kan därför, för att få till stånd ett samarbete kring den samordnade vårdplanen enligt LPT och LRV även kan påkalla en vårdplanering enligt betalningsansvarslagen. Innan domstolen fattat ett beslut torde dock inget betalningsansvar kunna inträda för kommunen eftersom det då inte heller är möjligt för landstinget att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för i öppenvården. För det fall att anledningen till att det inte kan fattas något beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård är att kommunen inte har deltagit i upprättandet av den samordnade vårdplanen får dock kommunen i praktiken överta betalningsansvaret för de patienter där chefsöverläkaren är skyldig att låta tvångsvården upphöra så fort det inte längre finns förutsättningar för sådan vård. (prop. 2007/09:70 s. 101). När chefsöverläkaren ansöker till förvaltningsdomstol om att få föra över en person till öppen psykiatrisk tvångsvård ska det till ansökan bifogas en *samordnad vårdplan*. Av den ska framgå vilka behov patienten har av insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten, vilka enheter som ansvarar för de insatser som planeras och vilka beslut som kommunen har fattat för att tillgodose patientens behov. Den samordnade vårdplanen är upprättad när den har justerats av samtliga berörda enheter vid kommun och landsting.

Den samordnade vårdplanen enligt LPT och LRV kan samordnas med den vårdplan som ska tas fram enligt betalningsansvarslagen om det finns behov av en sådan.

Hur förhåller sig de olika samordningsplanerna till varandra?

Det finns ett flertal bestämmelser som ställer krav på samordnad planering. till exempel samordnad plan enligt LPT och LRV, samordnad plan vid utskrivning enligt betalningsansvarslagen, samordnad individuell plan (SIP) enligt HSL och SoL. Hur förhåller sig då de olika samordningsplanerna till varandra? När det gäller SIP uttalades i förarbetena att om det redan finns en plan enligt någon annan bestämmelse eller på frivillig grund, är det tillräckligt med den planen så länge samtliga föreskrivna krav är uppfyllda. (prop. 2008/09:193 s. 26). Socialstyrelsen ska ta fram ett kunskapsunderlag som tydliggör vilka olika lagkrav på individuella planer som finns inom området psykisk ohälsa och hur dessa förhåller sig till varandra. Kunskapsunderlaget ska innehålla svar på vanliga frågor om planerna och förenkla kommuners och landstings arbete med planerna. Kunskapsunderlaget ska tas fram i samverkan med SKL och Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH). Underlaget ska vara klart för publicering senast i maj 2014.

5.1.4 Psykiatrilagsutredningen 2012

Under år 2012 föreslog den s.k. Psykiatrilagsutredningen i betänkandet *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd* (SOU 2012:17) bl.a. att nuvarande tidsfrist innan betalningsansvaret övergår från landsting till kommun beträffande en utskrivningsklar patient som vårdas inom den slutna psykiatriska tvångsvården ska minskas från trettio till femton vardagar.

Utredningen konstaterar att kommunerna har fortsatt att bygga ut och stärka sina stödformer för personer med psykisk funktionsnedsättning sedan lagändringen år 2003. Särskilda statliga medel har tilldelats kommunerna under åren 2007–2010. Enligt Socialstyrelsen har antalet personer med psykisk funktionsnedsättning som får någon form av boendeinsats ökat från ca 24 000 år 2008 till ca 29 000 år 2010. Enligt utredningen tyder det på att kommunernas beredskap för och möjlighet att kunna tillhandahålla patienter som skrivits ut från den psykiatriska slutenvården ett gott och anpassat boendestöd, är avsevärt bättre än tidigare. Därmed skulle enligt utredningen regeringens argument (som angavs i prop. 2002/03:20) för att tidsfristen behöver vara minst trettio vardagar efter utskrivning, inte längre ha samma bärkraft. Utredningen framhåller också värdet i att på olika sätt försöka normalisera reglerna för patienter inom den slutna psykiatriska vården så att de inte avviker eller i endast liten utsträckning avviker från vad som gäller för annan slutna vård. Utredningen stödjer sig även på rapporten *Bättre vård – mindre tvång*, SKL 2010, som redovisar resultat av en kartläggning som SKL gjorde av den psykiatriska heldygnsvården 2008 och 2009 och där det nämns att tidsfristen kan behöva ses över.

Dock menar utredningen att det inte helt kan bortses från att vissa insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning kan vara svåra att anpassa individuellt och tillhandahålla inom en ”handfull dagar”. Förslaget blev därför att nu inte ta steget fullt ut och föreslå en tidsfrist om fem dagar för betalningsansvarets inträde även för patienter

inom den psykiatriska slutna vården, utan att minska tidsfristen från trettio till femton vardagar. Enligt utredningen borde dock lagstiftaren inom en inte alltför lång tid ta ytterligare steg och helt ta bort skillnad vad gäller tidsfristen mellan psykiatrisk och somatisk slutna vård.

Utredningen föreslår också att behandlande läkare genom ett inskrivningsmeddelande enligt betalningsansvarslagen ska underrätta bl.a. kommunens socialtjänst om att en person som har skrivits in i den slutna psykiatriska tvångsvården kan komma att behöva insatser från socialtjänsten eller primärvården efter utskrivning. Förslaget är en utvidgning och ska i princip gälla samtliga patienter som skrivs in i den psykiatriska tvångsvården. Endast när det framstår som uppenbart att patienten vid utskrivning inte är i behov av några insatser från socialtjänsten bör det vara möjligt att avstå från en sådan underrättelse (SOU 2012:17 sid 437). Förslaget motiveras med tanke på den relativt korta vårdtiden för patienter som vårdas inlagda enligt LPT. Enligt utredningen är viktigt att kommunen socialtjänst tidigt får underrättelse om inskrivning och tidigt kan göra en form av förhandsbedömning av en persons behov av hjälpinsatser efter utskrivning.

Förslaget bereds inom ramen för översynen av betalningsansvarslagen av den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården, se nedan 5.4.4!

5.1.5 Utredningen rätt information inom vård och omsorg

Regeringen tillsatte 2011 en statlig utredning med uppdrag att utreda och lämna förslag till en mer sammanhållen och ändamålsenlig informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. (Dir 2011:111). Utredningen lämnade sitt slutbetänkande *Rätt information på rätt plats i rätt tid* (SOU 2014:23) den 30 april 2014.

Utredningen konstaterar att det idag krävs en omfattande samverkan över organisationsgränserna för att den enskilde i praktiken ska få sina behov tillgodosedda. Ansvarsfördelningen mellan huvudmännen, det stora antalet vårdgivare i sjukvården och utförare i socialtjänsten har tillsammans med de regelverk som styr informationshanteringen stor påverkan på möjligheterna till en mer ändamålsenlig och sammanhållen informationshantering. För att människor med sammansatta behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänst ska få en vård och omsorg av god kvalitet och säkerhet är det idag nödvändigt att relevant information kan överföras mellan den slutna vården, primärvården, kommunala hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Utredningen föreslår därför bland annat att det bör bli tillåtet för vårdgivare och för de som bedriver verksamhet inom socialtjänsten att medge varandra direktåtkomst till vårdokumentation respektive uppgifter som behandlas för dokumentation av genomförande av beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling, om uppgifterna rör en enskild med sammansatta behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård. Detta under förutsättning att den enskilde samtycker till det.

5.2 Myndighetsrapporter

Mot bakgrund av regeringens satsningar på såväl äldreomsorgen som psykiatrin, se närmare 5.4, pågår ett omfattande utvecklingsarbete i kommuner och landsting, bl.a. rörande utskrivningsprocessen. Ett stort antal rapporter om tillståndet i vården och omsorgen har publicerats, nedan redovisas två rapporter närmare.

5.2.1 Socialstyrelsens rapport Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre

Socialstyrelse har haft regeringens uppdrag att dels kartlägga och analysera primärvårdens ansvar och insatser för mest sjuka äldre, dels kartlägga och analysera korttidsboenden och andra vård- och omsorgsformer i gränslandet mellan akutsjukvård och permanenta insatser som ges av kommunen. Även akutsjukvårdens och geriatrikens dimensionering i förhållande till primärvården skulle beaktas.

Uppdraget genomfördes som en totalundersökning med enkäter till alla kommuner och landsting. Intervjuer genomfördes med verksamhetschefer i primärvården och enhetschefer i korttidsboenden. Utbudet av primärvård, specialiserad vård och kommunal vård och omsorg undersöktes i fem län och bygger på uppgifter från kommunernas och landstingens webbplatser samt på offentlig statistik. Socialstyrelsen presenterade resultat och slutsatser i december 2013.

I slutsatserna konstaterade Socialstyrelsen att landstingen kan behöva utreda de mest sjuka äldres primärvårdsbehov och hur dagens primärvård motsvarar dessa behov. Socialstyrelsen lyfter frågan i vilken grad landstingens befintliga ersättningssystem stimulerar det i dag. Det påpekas att primärvården behöver utveckla ett situationsorienterat arbetssätt och säkerställa en god tillgång till geriatrisk kompetens. Enligt Socialstyrelsen behöver landstingen också öka

- möjligheterna att identifiera de mest sjuka äldre i den specialiserade vården och föra över informationen till primärvården som då bättre kan vara målgruppens samordningsansvariga
- primärvårdens deltagande i vårdplaneringen genom att använda fast vårdkontakt i primärvården
- andelen äldre som erbjuds hembesök av läkare och använda vårdprogram riktade till målgruppen i vården.

När det gäller korttidsboende och utbud av vård- och omsorg framhålls:

- Kommunerna behöver planera sin tillgång till korttidsplatser och andra vård- och omsorgsformer, och därmed ha en långsiktig strategi för att underlätta kvarboende eller flytt till permanent särskilt boende.
- Tillgång till platser för eftervård i korttidsboende behöver planeras i dialog mellan landstinget och kommunerna, så att den äldre får vård och omsorg på rätt nivå.
- Socialstyrelsen bedömer att det saknas kunskap om andra insatser som kan komplettera eller ibland ersätta korttidsboende, exempelvis hemtagningsteam eller trygghetsplatser, och om var den äldre personen och dennes anhöriga tycker att behoven bäst tillgodoses.

- Kommunerna kan tillsammans med landstingen behöva utveckla individuella behovsbedömningar, planering i vårdplaner och genomförandeplaner samt uppföljning av resultat för personer med korttidsboende.
- Rehabiliteringen behöver förstärkas för målgruppen. Korttidsboende kan vara en form för detta, men då krävs ett tydligt uppdrag och ansvar för detta samt rehabiliteringskompetens hos personalen.
- Socialstyrelsen bedömer att de stora skillnaderna mellan kommunerna i utbud av primärvård, specialiserad vård och särskilt boende inte ger förutsättningar för att ge en likvärdig tillgång till vård och omsorg.
- Landstingen bör tydligare än i dag dimensionera specialisttjänsterna i allmänmedicin och geriatrik i förhållande till andra specialiteter och mot den ökande andelen äldre i befolkningen.
- Socialstyrelsen avser att beskriva och analysera hemtjänstens tillgång till primärvårdens kompetens i samband med att äldre personer behöver vård i ordinärt boende.

5.2.2 Inspektionen för vård och omsorgs rapport *Äldre efterfrågar kontinuitet*

Regeringen gav i september 2009 Socialstyrelsen ett treårigt uppdrag för att göra en nationell tillsyn av vården och omsorgen om äldre. Den 1 juni 2013 övertog Inspektionen för vård och omsorg (IVO) uppdraget att sammanställa slutrapporten.

Bland de granskningsområden som Socialstyrelsen inriktade sig på var samverkan och informationsöverföring. Socialstyrelsen har granskat vårdkedjan i samband med in- och utskrivning för den äldre. I rapporten konstateras:

- Bestämmelserna om vårdplanering är inte helt anpassade till den utveckling som har skett inom hälso- och sjukvården med bland annat kortare vårdtider.
- Fokus vid den samordnade vårdplaneringen förefaller hamna på betalningsansvar i stället för på en säker vård och omsorg med tydlig ansvarsfördelning.
- Det är ovanligt att mottagande verksamheter i öppenvården och inom äldreomsorgen får uppgifter om läkemedel eller annan viktig information om den äldre senast samma dag som han eller hon skrivs ut från sjukhuset.
- Sjukgymnaster och arbetsterapeuter kallas sällan till vårdplanering.
- Det ställs stora krav på personalen att informera och samordna insatserna när det finns flera aktörer med olika ansvar och uppdrag runt den äldre, särskilt i de delar av landet som har många privata utförare av vård och omsorg.
- Det finns risker för brister i informationsöverföring och patientsäkerhet vid utskrivning inför kvällar eller helger.

I tillsynen har framkommit att förutsättningarna för att tillämpa Socialstyrelsens föreskrift om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården har ändrats sedan den började gälla. Det hänvisas till omstruktureringsplanerna i hälso- och sjukvården. Det är vanligt att vårdplaneringen görs parallellt med den medicinska utredningen. Det går därför exempelvis inte att vid vårdplaneringen fullt ut fastställa vilka läkemedel, behandlingar eller hjälpmedel den äldre behöver vid utskrivning, enligt rapporten. Vidare hänvisas till att det kan vara svårt att följa bestämmelsen om att namnge den eller de läkare som ska

ha det fortsatta ansvaret för vården och behandlingen efter utskrivningen, då det inte alltid finns fasta läkare inom primärvården. Resultatet visar också att det varierar över landet i vilken mån primärvården deltar i vårdplaneringen.

Det konstateras att vårdplaneringen inte fungerade helt tillfredsställande enligt rutinerna. Vidare anges att iakttagelser indikerar att samverkan fungerar bättre där utskrivning gjorts från geriatrisk klinik.

IVO rekommenderar vårdgivare och huvudmän att fortsätta utvecklingen och planeringen både i samverkan och i den egna verksamheten genom att bl.a. bättre samordna resurserna med ett helhetsperspektiv på den äldre, inte minst med avseende på rehabilitering och att alla aktörer bidrar till fungerande vårdkedjor för in- och utskrivning från sjukhus.

5.3 Läkarförbundets rapporter

5.3.1 Läkarförbundets rapport *Varför kan inte doktorn komma?*

I rapporten *Varför kan inte doktorn komma* lade Läkarförbundet under år 2013 fram ett antal förslag på hur sköra äldres behov av läkarinsatser bättre kan tillgodoses. I rapporten konstateras att de äldres vård och omsorg länge har varit i fokus och debatterats mycket, ofta med problematiserande infallsvinklar. Området har varit föremål för en intensiv utredningsverksamhet och ett stort antal åtgärder genom åren. Läkarförbundet konstaterar att mycket av de problem som redovisas i äldre studier ännu tycks kvarstå. De problem som varit i fokus har bl.a. gällt för lite läkartid, bristande kontinuitet och tillgänglighet, dålig samordning och uppföljning samt olämplig läkemedelsanvändning. Läkarförbundet framhåller i rapporten att bristande läkarmedverkan i de sköra äldres sjukvård, särskilt i hemsjukvården, har varit ett återkommande tema, men att de bakomliggande orsakerna till bristande läkarmedverkan har behandlats knäpphändigt.

Syftet med rapporten var att beskriva problem med fokus på läkarinsatser, att analysera vad som ligger bakom problemen och att presentera förslag om hur målgruppens behov av läkarinsatser, i första hand i primärvården, kan tillgodoses bättre. Dataunderlaget utgjordes av statliga utredningar och myndighetsrapporter under 2000-talet, djupintervjuer med 22 läkare i primärvården 2012 och en genomgång av avtalen i vårdvalet i sex landsting.

Problemen sammanfattas:

- Det saknas ett samlat medicinskt ansvar för och samordning av de mest sjuka äldres sjukvårds- och omsorgsbehov och de insatser som görs, t.ex. akutbesök, specialistvård och läkemedelsanvändning. Det blir särskilt tydligt när flera olika, parallella eller korsande vårdkedjor uppstår, som kan inträffa under kort tid eller samtidigt och som kan involvera flera andra specialiteter är allmänmedicin.
- Det allmännas åtagande med hemsjukvård och annan vård och omsorg för de mest sjuka eller sköra äldre uppfattas på goda grunder som otydligt av primärvårdsläkare, patienter och anhöriga, men även av myndigheter med övergripande övervaknings- och tillsynsuppgifter. Hemsjukvården är svårdefinierbar och ansvarsgränserna mot andra organisatoriska enheter än landstingen är oklara.

- Den finns en stor risk att sköra äldre patienter, som har sammansatta vårdbehov, inte får den anpassade sjukvård de behöver. Patienter med liknande vårdbehov tycks behandlas olika, beroende på om de är inskrivna i s.k. ”hemsjukvård” eller inte. Det är i många fall oklart vad denna ”inskrivning”, och termen i sig, betyder eller vem, i vilken förvaltning, som i praktiken beslutar om sådan inskrivning. Klart är att däremot att betydelsen, beslutsfunktionen och vårdens innehåll varierar kraftigt mellan olika delar av landet.
- Teamarbetet mellan primärvårdsläkare och den kommunala hemsjukvårdens personal måste förstärkas på flera håll. Läkarna pekar på att det områdesansvar, som i många fall numera *inte* gäller efter vårdvalssystemen, underlättade både kontinuitet och teamarbete.
- Beräkningsgrunderna för ersättning till primärvårdsenheterna för de insatser de mest sjuka äldre behöver är på många håll diffusa och svåra att bedöma effekterna av. Det gäller också uppdragsformuleringarna. Mycket talar för att de samlade incitamenten för primärvårdsenheterna att göra läkarbesök i hemmen är otillräcklig i förhållande till behoven.
- Stora skillnader finns i landet när det gäller frekvensen av läkarbesök i hemmen hos de mest sjuka eller sköra äldre.
- Kvaliteten på statistiken är uppenbart undermålig och måste förbättras om den ska kunna användas för utvärdering och uppföljning av läkarinsatser för sköra äldre på ett meningsfullt sätt.

I rapporten föreslås:

- En strukturerad anpassad äldrevård behöver införas som ska vara ett slags ”program” med systematisk samordning av vårdkedjor samt fortlöpande uppföljning av sköra äldres sjukdomsbild och läkemedelsanvändning.
- Primärvården ska ansvara för den anpassade äldresjukvården i en central och samordnande roll.
- Socialstyrelsen ska få uppdrag att ta fram riktlinjer för anpassad äldresjukvård.
- Att patienterna erbjuds anpassad äldresjukvård efter en individuell bedömning av skörhet enligt kriterier som tas fram av Socialstyrelsen med stöd av ny forskning.
- En funktion med äldrevårdsöverläkare i landstingen inrättas med uppgift att samordna den anpassade äldresjukvården och övervaka dess funktionssätt.
- Läkartiden i sköra äldres sjukvård ska öka. Nationella regler bör därför införas i vårdvalet som tydligt definierar läkarnas uppdrag i vården av de sköra äldre. Då kan även de stora regionala skillnaderna i äldresjukvårdens kvalitet minskas.
- Det framtida kompetensbehovet behöver ses över och diskuteras.

5.3.2 Läkarförbundets rapport *Primärvårdens läkarbemanning*

Läkarförbundet undersökte under hösten 2012 i en enkätstudie läkarbemanningen i primärvården. Syftet var att belysa läkarresursen och tillgången på ST-läkare. Enkäten, som skickades till verksamhetscheferna vid landets vårdcentraler, hade en svarsfrekvens på 98,5 procent.

Undersökningens två huvudresultat

Antalet specialistläkare i primärvården är otillräckligt om det ska vara möjligt att fullgöra uppdragen i primärvårdens vårdval. Det saknas nu ca 1 400 heltidsarbetande läkare (30 procent) om riksdagens mål, som var satt för år 2008, ska kunna nås. De stora skillnaderna i läkartäthet, mellan och inom landstingen, innebär att hela befolkningen inte kan erbjudas primärvård på lika villkor.

Verksamhetscheferna bedömer att *nuvarande antal ST-läkare vid vårdcentralerna är otillräckligt för att täcka det framtida behovet av specialistläkare i primärvården*. Om vårdcentralernas uppdrag inte förändras fram till år 2017, måste antalet ST-läkare öka med 50 procent. Om uppdraget däremot skulle utökas, så att det i genomsnitt krävs en specialist per 1 500 listade patienter, behöver antalet ST-läkare nästan fördubblas.

Antal specialistläkare i primärvården

Hösten 2012 fanns 4 784 specialistläkare i primärvården omräknat till heltider. 85 procent av dessa var fast knutna till verksamheten. 15 procent arbetade i vikariat tänkta att pågå längre än en månad.

Antalet heltidsbefattningar i primärvården räknades senast år 1998 av Socialstyrelsen. Då fanns 4 251 heltidsarbetande specialister i primärvården. Metoderna skiljer sig mellan undersökningarna och resultaten är därmed inte direkt jämförbara. Resultaten, i kombination med andra beräkningar, indikerar dock att antalet heltidsarbetande specialistläkare i primärvården ökat ganska blygsamt.

Även andra specialister än allmänläkare får efter vårdvalsreformen vara fast läkarkontakt i primärvården. Tanken var att denna regel skulle förbättra förutsättningarna att rekrytera fasta läkare till primärvården. Av enkätsvaren framgår att totalt fem procent av läkarna hade annan specialitet än allmänmedicin.

Åtta procent av primärvårdens specialistläkare var 65 år eller äldre. Några mer markerade olikheter mellan landstingen i denna andel fanns inte, förutom att Norrtälje och Gotland har en högre andel äldre. Totalt var 36 procent av läkarna var verksamma i privata vårdcentraler. Högst andel privat verksamma hade Västmanland med 60 procent följt av Stockholm med 56 procent. Jämförelsevis låga andel hade Jämtland, Dalarna och Örebro, där färre än en läkare av sex arbetade vid privata vårdcentraler.

Läkartäthet

Kartläggningen visade att det genomsnittliga antalet listade patienter per specialistläkare i primärvården hösten 2012 uppgick till 1 942. Det betyder att det fortfarande fattas 1 400 heltidsarbetande specialister - eller närmare 30 procent - för att primärvården ska vara dimensionerad med en allmänläkare per 1 500 invånare, som Läkarförbundet har bedömt att är en väl avvägd nivå. Mellan det landsting som har högst respektive lägst läkartäthet skiljer mer än 50 procent. Inte något landsting har en läkartäthet med 1 500 invånare per heltidsarbetande. Jämtland hade den högsta tätheten med 1 584 invånare per specialist. Örebro hade lägst med 2 422 invånare per heltidsarbetande specialistläkare.

Också år 1998 var Jämtland det landsting som hade högsta läkartäthet i landet. I likhet med Jämtland har Gävleborg lyckats försvara sin position i tätklungan vad gäller läkartätheten. I övrigt har det skett ganska stora relativa förskjutningar mellan 1998 och 2012. Dalarna har tappat 16 positioner. Även Örebro län har försämrat sin position rejält. Uppsala, Halland och Jönköping är tre landsting som lyckats öka sin relativa läkartäthet. Stockholm är det enda bland de tre stora landstingen och regionerna som mer påtagligt förbättrat sin position. Jämförelserna bör dock göras med viss försiktighet eftersom metoderna skiljer sig åt något.

Vårdcentraler

Hösten 2012 fanns det drygt 1 160 vårdcentraler i landet. 41 procent av vårdcentralerna var privata. En fjärdedel av vårdcentralerna hade en förhållandevis god läkartäthet med i genomsnitt 1 600 eller färre listade per läkare. En femtedel av samtliga vårdcentraler hade en så låg läkarbemanning att varje heltidsarbetande läkare hade 2 600 personer eller fler patienter att ansvara för. Skillnaderna i läkartäthet mellan vårdcentraler, både lokalt och mellan landstingen, är antagligen ett av sjukvårdens största problem i perspektivet att hela befolkningen ska erbjudas vård på lika villkor. Antalet listade per *vårdcentral* var i genomsnitt 8 024 på riksbasis. Sörmland och Östergötland hade störst vårdcentraler, med i båda länen i snitt mer än 10 000 listade per vårdcentral. Jämtlands och Kronobergs län hade de genomsnittligt minsta vårdcentralerna med 6 000 eller färre listade patienter. Vårdcentraler i privat drift hade i genomsnitt nästan 1 900 färre patienter listade per enhet än de som drivs i offentlig regi.

Vakanser

De verksamhetschefer som uppgivit att de har ekonomiska förutsättningar att anställa fler specialister, angav att sammanlagt ytterligare 858 heltidsarbetande specialister behövde anställas vid vårdcentralerna. Totalt var det 41 procent av vårdcentralerna som redovisade att de hade både möjlighet och behov att anställa fler specialistläkare.

I Norrbotten var det närmare två av tre vårdcentraler som hade möjlighet och behov av att anställa fler, medan det i Gotland, Kronoberg och Stockholm var färre än var tredje. Behovet av att anställa fler specialister uppgavs vara betydligt mindre vid de privata vårdcentralerna än vid de offentliga.

Stafettläkare

En vanlig vardag under hösten 2012 tjänstgjorde 949 personer som stafettläkare (hyrläkare) vid landets vårdcentraler. 41 procent av vårdcentralerna rapporterade att de anlidade sådana läkare under den vecka då de besvarade enkäten. Huvuddelen av dessa läkare (71 procent) var allmänläkare och en femtedel var inte färdiga specialister. Offentliga vårdcentraler använde stafettläkare i något högre grad än de privata. Skillnaden var dock liten. Var tredje stafettläkare arbetade vid en privat vårdcentral.

Användningen av stafettläkare tillhör de undersökta frågeställningar som varierade mest mellan landstingen. Vårdcentralerna i Jämtland och Blekinge använde, i förhållande till patientunderlaget, stafettläkare i mer än dubbelt så hög utsträckning jämfört med genomsnittet. Vårdcentralerna i Östergötland använde, i relation till patientunderlaget, hälften så många stafettläkare som den genomsnittliga vårdcentralen.

Antalet ST-läkare

Totalt fanns 1 863 ST-läkare i allmänmedicin vid landets vårdcentraler hösten 2012. Skillnaden i satsningen på ST-läkare var stor mellan olika landsting. Halland låg högst med 38 procent fler ST-läkare i allmänmedicin än genomsnittet relaterat till antalet listade patienter. Låg dimensionering hade framför allt Västmanland, Gävleborg och Östergötland med 47, 39 respektive 23 procent färre ST-läkare än vad de skulle haft om de legat på samma nivå som landet i stort.

De privata vårdcentralerna är i betydligt mindre grad involverade i specialistutbildningen av allmänläkare än de offentliga. 81 procent av de offentliga vårdcentralerna hade minst en ST-läkare medan motsvarande andel bland de privata var 52 procent. I förhållande till antalet listade patienter hade de offentliga vårdcentralerna ungefär dubbelt så många ST-läkare som de privata.

Behovet av ST-läkare

Verksamhetscheferna bedömer att det behövs *ytterligare* drygt 957 heltidsarbetande ST-läkare för att vårdcentralerna ska vara fullt bemannade år 2017 om uppdraget är detsamma som idag. Om deltidsfrekvensen ökar i samma takt som skett under 2000-talet, kan behovet av behovet av ST-läkare beräknas uppgå till ca 1 200 stycken. Verksamhetscheferna anser alltså att en av tre ST-läkare idag saknas för att bemanningen ska vara i balans om fem år. Om uppdraget skulle utvidgas så att det behövs en allmänläkare per 1 500 listade patienter, bedömer verksamhetscheferna att bristen motsvarar totalt ca 1 700 heltidsarbetande ST-läkare.

Stockholm är det enda landsting där ST-dimensioneringen kan anses vara något så när balanserad i förhållande behoven. I Gävleborg och i Västmanland däremot behövs en tredubbling av antalet ST-läkare, om vårdcentralerna ska kunna bemannas med fasta läkare och förutsatt att uppdraget är oförändrat om fem år. I flera landsting finns alltså starka skäl att prioritera arbetet med att snabbt öka antalet ST-läkare i primärvården. Det finns en uppenbar risk att antalet fasta specialistläkare i primärvården kommer att minska på många håll i landet om inte kraftfulla åtgärder vidtas.

5.4 Pågående åtgärder

Regeringen har under mandatperioden genomfört ett antal satsningar på olika områden genom överenskommelser mellan staten och Sveriges kommuner och landsting. För att samordna satsningarna har flera nationella samordnare utsetts. Under senhösten 2013 utsågs en samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården, som i februari 2014 även fick direktiv om att se över betalningsansvarslagen.

5.4.1 Mest sjuka äldre

Regeringen har avsatt 4,3 miljarder kronor under mandatperioden 2011 – 2014 för att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. En nationell äldresamordnare har utsetts. Inom ramen för satsningen har årliga överenskommelser slutits med SKL som

syftar till att genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting.¹⁷

Medel fördelas enligt en prestations- och resultatbaserad modell där krav och mål successivt höjs. Det finns vissa grundläggande krav för att delta och komma ifråga för ersättningen. Det ska i länet finnas en struktur för ledning och styrning i samverkan, bl.a. ska det finnas ett gemensamt politiskt förankrat beslut om en aktuell handlingsplan för förbättringar i vård och omsorg om sjuka äldre med särskilt fokus på en sammanhållen vård- och omsorg om de mest sjuka äldre. För 2014 ska handlingsplanen innehålla en beskrivning av hur länet avser att fortsätta arbeta med utvecklingsledare när den statliga finansieringen upphör. Årets handlingsplan ska även beskriva hur länet avser att skapa långsiktighet i det systematiska förbättringsarbetet och hur privata och idéburna utförare kan involveras. Från början fanns även ett krav på att huvudmännen skulle fatta beslut om att införa ett ledningssystem för kvalitet som motsvarar kraven i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Samtliga kommuner och landsting har fattat sådana beslut. Prestationsersättningen gäller områdena god vård i livets slutskede, preventivt arbetssätt, god vård vid demenssjukdom, god läkemedelsbehandling för äldre och sammanhållen vård och omsorg.¹⁸

För att få del av prestationsersättningen under området *sammanhållen vård och omsorg* är ett nytt villkor att landstingen ska, från och med den 20 april 2014, för varje kommun inom landstingsområdet rapportera antal vård dygn på sjukhus för personer 65 år och äldre som avser vård av personer efter att de bedömts *utskrivningsklara*.

SKL samordnar pågående satsningarna och ger ut resultat och analysrapporter som beskriver resultat och pågående utvecklingsarbete i kommunerna och landstingen.¹⁹ Ett område som nära kopplar till utskrivningsklara är *Sammanhållen vård och omsorg*. SKL har publicerat två analysrapporter rörande de indikatorer som är kopplade till området: *undvikbar slutenvård* och *återinskrivning inom 1-30 dagar*.²⁰ I den senaste analysrapporten konstateras att undvikbar slutenvård och återinskrivningar inom 30 dagar utgör ”trögrörliga indikatorer som kräver flera interventioner i stor skala innan förändring ses på systemnivå.” Det framhålls att alla - primärvård, sjukhus och kommunal omsorg - måste bidra och samverka i vårdens övergångar för att de mest sjuka äldre ska få sina behov tillgodosedda. Utvecklingsarbeten som pågår och lyfts fram är bl.a. ”trygg hemgång/trygg hemtjänst” i kommunen, ett strukturerat arbete med säker utskrivning som pågår på ett antal sjukhus och som innefattar skriftlig och muntlig information samt uppringning inom 72 timmar efter utskrivning. På primärvårdsnivå omnämns åtgärder för att stärka kontinuiteten och skapa trygghet som direktnummer till sin egen sjuksköterska

¹⁷ Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012 överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013 överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting och Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2014 överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting

¹⁸ Dessa beskrivs inte närmare här, se Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2014 överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting för en närmare beskrivning!

¹⁹ För närmare redogörelse av resultaten finns bl.a. *Bättre liv för sjuka äldre - resultatrapport 2012* och *Bättre liv för sjuka äldre - resultatrapport 2013*.

²⁰ Analysrapport 2013 Sammanhållen vård och omsorg och Analysrapport 2 Sammanhållen vård och omsorg

och arbete med rutiner för samordnad vårdplanering i öppen vård, men som beskrivs som svårt att få att fungera i praktiken.

5.4.2 Patientsäkerhetsöverenskommelsen

Mot bakgrund av Patientsäkerhetsöverenskommelsen mellan staten och Sveriges kommuner och landsting har sedan år 2012 mätningar av antalet *överbeläggningar* och antalet *utlokaliseringar* i vården rapporterats till en nationell databas. För år 2014 kommer även *utskrivningsklara* patienter att inkluderas i rapporteringen på nationell nivå. Det kommer därmed att under år 2014 bli möjligt att följa förekomsten av utskrivningsklara patienter liksom att med större säkerhet beräkna kostnaderna för vårdinsatser relaterade till dessa patienter.

5.4.3 Psykisk ohälsa - PRIO

Regeringen avsätter 870 miljoner kronor per år under perioden 2012-2016 för att förebygga psykisk ohälsa och förbättra vård och omsorg för dem som redan drabbats. En särskild samordningsfunktion har inrättats på Socialdepartementet som ska stödja arbetet med den femåriga handlingsplanen²¹ (2012-2016) som har tagits fram för riktade insatser inom området psykisk ohälsa. Regeringens satsning är en fortsättning och vidareutveckling av psykiatrisatsningen 2007-2011.

Även inom ramen för denna satsning sluts årliga överenskommelser med stimulansmedel mellan staten och SKL.²² För att komma ifråga för pengarna måste kommuner och landsting uppfylla vissa grundkrav. Sedan kan de få medel om de uppfyller specifika presentationskrav. Pengarna fördelas till kommuner och landsting baserat på antalet invånare inom respektive län.

Socialstyrelsen fick år 2012 i uppdrag av regering att utveckla grunddata och indikatorer för att följa och belysa kvalitet och effektivitet i vård och omsorg om barn och unga med psykisk ohälsa samt gruppen personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. Utgångspunkten för arbetet är den struktur som Socialstyrelsen tidigare tagit fram för uppföljning och utvärdering av psykiatriområdet och de mål som regeringen angett i PRIO-planen. Ett av målen är att Socialstyrelsen till 2015 ska utveckla indikatorer och dataunderlag för uppföljning och utvärdering av verksamheter och insatser för målgruppen barn och unga med psykisk ohälsa samt personer med psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom. Avgörande för att ta fram fler och bättre indikatorer är tillgången till relevanta data. Den första januari 2014 utökades därför till exempel patientregistret med nya koder för klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) för upprättande

²¹ PRIO Psykisk ohälsa - plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa

²² Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012 överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013 överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014 överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting

av samordnad individuell plan och upprättande av samordnad individuell plan vid utskrivning. Dessa data kan komma att kopplas till nya indikatorer.²³

5.4.4 En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

Regeringen utsåg i november 2013 en nationell samordnare med uppdrag att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. Av direktiven framgår att tre grundläggande frågor ska genomlysas samordnarens arbete: hur kan nyttan för patienten öka, hur kan det administrativa arbetet förenklas samtidigt som uppföljningen av vården förbättras och hur kan hälso- och sjukvården bedrivas mer kostnadseffektivt.²⁴ Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2015.

I februari 2014 beslutade regeringen om ytterligare ett direktiv till samordnaren, som nu även har i uppdrag att se över betalningsansvarslagen.²⁵ Syftet med översynen är enligt direktivet att åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan slutna vård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och onödigt vistelse på sjukhus så långt möjligt kan undvikas för utskrivningsklara patienter. En utgångspunkt för översynen ska vara att precisera formerna för samverkan mellan huvudmännen.

Närmare bestämt bör utredaren analysera de processer som finns och bör finnas för att stödja en så snabb övergång av ansvaret för vård och omsorg av utskrivningsklara patienter som möjligt, bl.a. vad gäller rutiner för samverkan och krav på dokumentation, m.m. Översynen bör också omfatta tidsgränsen innan kommunens betalningsansvar för vårdinsatserna för dessa patienter inträder. Dessutom bör utredaren överväga om åtgärder på kort sikt kan vidtas för att förbättra samarbetet mellan landsting och kommuner när det gäller vårdinsatser för de aktuella patienterna. Uppdraget vad gäller betalningsansvarslagen ska redovisas senast den 27 februari 2015.

²³ Samordnad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa – Myndighetsgemensam delrapport av regeringsuppdrag (2014)

²⁴ Dir 2013:104 En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

²⁵ Dir 2014: 27 Betalningsansvarslagen

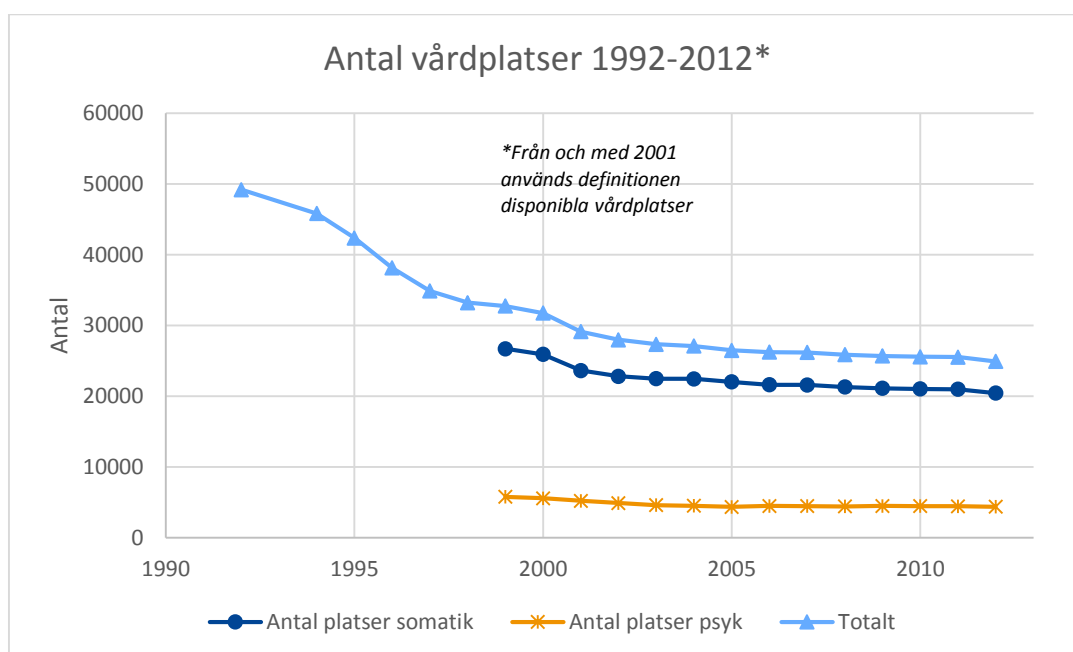
6 Vårdplatser, medelvårdtider, kostnader m.m.

6.1 Vårdplatser i somatisk slutenvård och psykiatri

När Ädelreformen genomfördes var motivet att förtydliga ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting och att samla ansvaret för service och vård för äldre personer och för personer med funktionsnedsättning hos en huvudman. Kommunerna övertog ansvaret från landstingen för ca 33 000 långvårdsplatser.²⁶ Med Psykiatrireformen fick kommunerna huvudansvaret för insatser riktade till psykiskt störda för boende och stöd i den dagliga livsföringen. Ca 15 procent av psykiatrins resurser fördes över till kommunerna genom skatteväxling.²⁷

Antalet vårdplatser på sjukhusen har därefter fortsatt att minska. Det är svårt att jämföra siffrorna för hela perioden, då statistiken lades om år 2001.

Figur 1 Antal vårdplatser 1992-2012



Källa: SKL

Fram till och med år 2000 rapporterade landstingen så kallade fastställda vårdplatser till SKL, det vill säga vårdplatser som normalt står till en vårdenhets kontinuerliga

²⁶Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68)

²⁷ Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68)

förfogande. Från och med år 2001 rapporteras dock *genomsnittliga disponibla vårdplatser*, vilket är fastställda vårdplatser som är belagda eller kan beläggas. Detta innebär att hänsyn tas till variationer i tillgång under året, exempelvis vid semesterstängningar.

Antalet vårdplatser minskade mellan åren 1992 till år 2000 från 49 200 till 31 765. Sedan statistiken lades om från och med år 2001 har antalet genomsnittligt disponibla vårdplatser minskat från 29 122 till ca 24 930 år 2012.²⁸

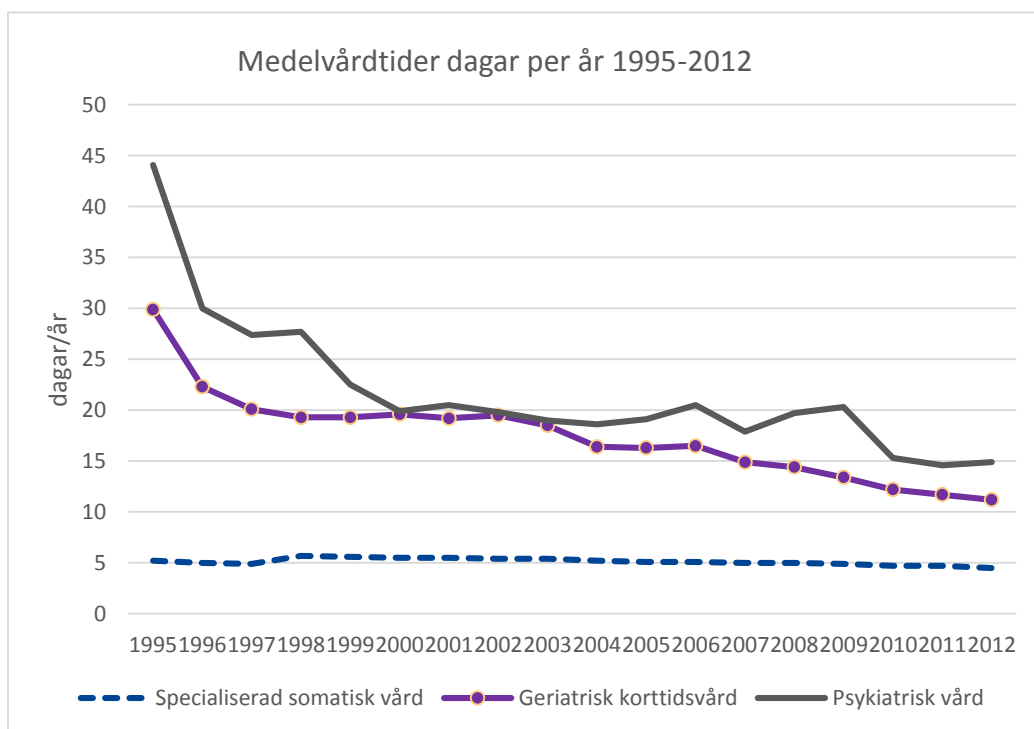
²⁸ Uppgift för år 1992 från Vård och omsorg om äldre Fördjupning 2010, s. 9. Övriga år från *Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, Statistik för 2001*. Landstingsförbundet, s. 17 och 18 och *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2012*. SKL, s. 23.

6.2 Medelvårdtider

Som framgår av figur 1 ovan har antalet vårdplatser nästan halverats sedan Ädelreformen genomfördes. Även medelvårdtiderna i slutenvården har minskat sedan Ädel- och Psykiatrireformernas genomförande. Totalt har medelvårdtiderna för specialiserad slutenvård minskat från 8,7 dagar år 1995 till 5,2 dagar år 2012.

Uppdelat på medicinska verksamhetsområden kan man se att medelvårdtiderna har minskat kraftigt inom geriatrik och psykiatri. Medelvårdtiden inom den specialiserad somatiska vården (exkl. geriatrik) minskade från 5,2 dagar år 1995 till 4,5 dagar år 2012. Medelvårdtiderna för geriatrisk korttidsvård minskade från 29,9 dagar år 1995 till 11,2 dagar år 2012. För den psykiatriska vården har minskningen också varit kraftig, från 44,1 dagar år 1995 till 14,9 dagar år 2012.

Figur 2 Medelvårdtider dagar per år 1995-2012



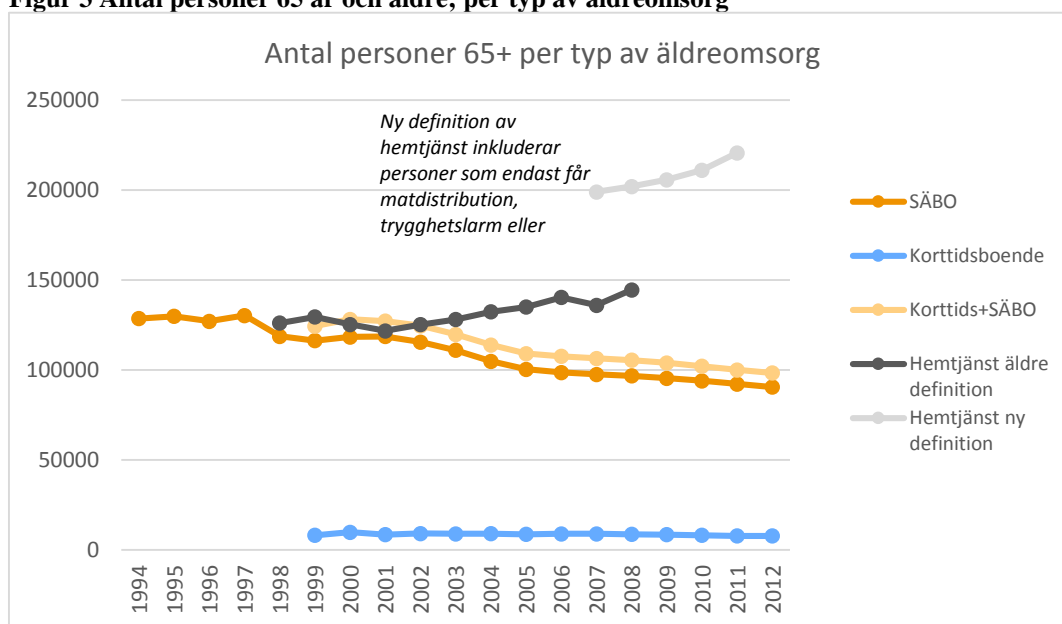
Källa: SKL

6.3 Kommunens insatser

Äldre

Åren direkt efter Ädelreformen skedde en utbyggnad av de *särskilda boendeformerna* för äldre. År 1993 bodde ca 121 000 personer i åldrarna över 65 år permanent eller tillfälligt i särskilda boendeformer, att jämföra med ca 130 000 personer år 1995.²⁹ Sedan början av 2000-talet har dock antalet minskat. Allt fler bor kvar hemma. Det har under en följd av år skett en omstrukturering från särskilt boende till stöd i ordinärt boende.³⁰

Figur 3 Antal personer 65 år och äldre; per typ av äldreomsorg



Källa: Socialstyrelsens lägesrapporter

Mellan åren 2007 till 2012 sjönk antalet personer 65 år och äldre i permanent särskilt boende från 97 500 till 90 500. I relation till antalet äldre i befolkningen motsvarar det en minskning av andelen från 6,1 procent till knappt 5 procent. Av den senaste statistiken från Socialstyrelsen framgår att antalet sjunkit ytterligare och att nästan 89 000 personer 65 år och äldre bodde permanent i särskilda boendeformer den 1 oktober 2013.³¹

Både antalet och andelen personer 65 år och äldre med *hemtjänst* ökade mellan åren 2002 – 2006.³² Därefter lades statistiken om och det går inte att jämföra siffrorna för hela perioden fram till 2012. Mellan åren 2007 till 2012 har antalet personer 65 år och äldre med hemtjänst i ordinärt boende ökat från 198 900 till 219 600, men inte andelen som är

²⁹ Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68)

³⁰ Vård och omsorg om äldre Fördjupning 2010. Socialstyrelsen 2010. Socialstyrelsens lägesrapporter 2011, 2012, 2013 och 2014

³¹ Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2013 Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen

³² Lägesrapport 2011

oförändrad sedan år 2007, ungefär 12 procent.³³ Av den senaste statistiken framgår att nästan 219 700 personer 65 år och äldre var beviljade hemtjänst den 1 oktober år 2013.³⁴

Statistiken avseende *korttidsboende* är osäkrare bakåt i tiden. Uppgifterna om särskilt boende inkluderade även personer som upptog växelvårds- och avlösningsplatser, fram till och med 1997.³⁵ Sedan 1998 använder Socialstyrelsen begreppet korttidsvård/korttidsboende. Antalet och andelen personer 65 år och äldre med beslut om korttidsboende mellan åren 2007 – 2012 sjönk från 8 900 motsvarande en andel om 0,6 procent av befolkningen till 7 800 motsvarande 0,4 procent.³⁶ Den 1 oktober 2013 erhöll ungefär 7 300 personer, 65 år och äldre, korttidsvård.³⁷

Psykiskt funktionsnedsatta

Det är svårt att hitta statistik på kommunernas insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar. En anledning är att det inte finns någon enhetlig definition på psykiskt funktionsnedsatta. En annan är att insatserna är placerade på flera olika enheter inom kommunerna. Insatserna till funktionsnedsatta kan ges enligt SOL och LSS.

Av Socialstyrelsens rapport *Insatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar* från år 2011 framgår att antalet personer med psykisk funktionsnedsättning som får någon form av boendeinsats har ökat från ca 24 000 år 2008 till ca 29 000 år 2010.

Tabell 1

Antal personer med boende- och boendestödinsatser år 2008 och 2010

Insats	Antal personer (avrundat) 2008	Antal personer (avrundat) 2010
Bostad med särskild service	6 200	7 000
Boendestöd i ordinärt boende	13 000	16 700
Hemtjänst i ordinärt boende	2 400	2 900
HVB, annan enskild verksamhet	2 000	2 300
Summa	23 600	28 900

Källa: Socialstyrelsen

³³ Lägesrapport 2013 och 2014

³⁴ Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2013 Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen

³⁵ Uppgift från SoS

³⁶ Lägesrapport 2014

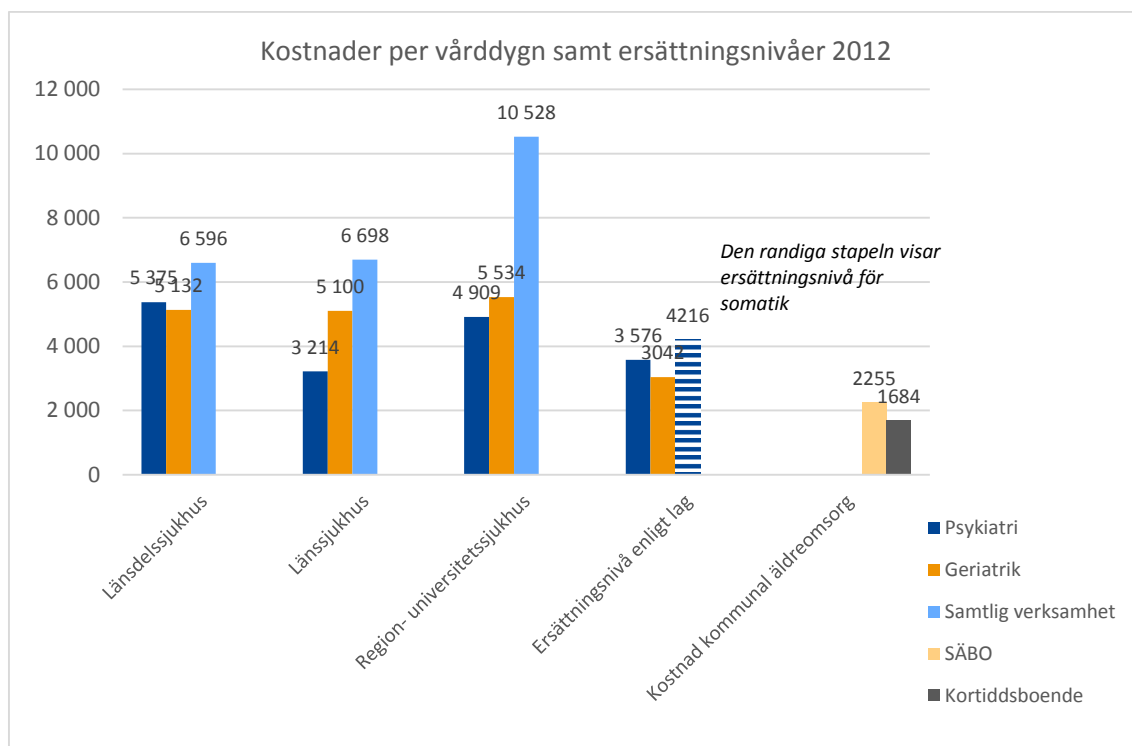
³⁷ Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2013 Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen

6.4 Kostnader för vårddygn

Enligt betalningsansvarslagen ska kommunen utge ersättning för vård av utskrivningsklara patienter med belopp som motsvarar den omvårdnad som patienten får på enheten, om inte ett landsting och en kommun kommer överens om annan ersättning. Beloppen ska motsvara genomsnittet i riket och räknas om årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i riket. Det är regeringen som årligen fastställer beloppen genom förordning (1991:1278) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Det är inte helt enkelt att jämföra ersättningen med kostnader för vårddygn då kostnaderna varierar mellan olika typer av sjukhus och mellan verksamhetsområden.

Figur 4 Kostnader per vårddygn samt ersättningsnivåer 2012



Källa: SKL och Kolada

7 Överväganden och förslag

7.1 Allmänna utgångspunkter

Utgångspunkten för våra bedömningar och förslag är strävan mot ett effektivt utnyttjande av slutenvårdsplatserna och att patienterna ska få den vård som behövs på den vårdnivå som krävs.

Överbeläggningar och utlokaliseringar utgör en risk för patienter och bör undvikas då en rad vårdskador kan uppkomma. Det har Socialstyrelsen upprepade gånger påpekat.³⁸ Socialstyrelsen har också framhållit vikten av välfungerande samverkan för att få effektiva patientflöden vid utskrivning av patienter som ska slussas vidare till kommunen. Saknas det vårdresurser i kommunerna kan det leda till att patienter inte kan skrivas ut från sjukhusens slutenvård, vilket innebär att de tar upp vårdplatser trots att de är medicinskt färdigbehandlade.³⁹

Ur ett individperspektiv är samverkan särskilt viktig för personer med sammansatta behov som behöver insatser från flera olika yrkesutövare, vårdgivare och huvudmän. För dessa patientgrupper kräver en god vård och omsorg helhetssyn, samverkan, fungerande vårdplanering och kontinuitet. Detta är ett gemensamt ansvar för landsting och kommun. En välfungerande samverkan mellan huvudmännen, vårdgivare och vårdnivåer är därmed en viktig utgångspunkt.

7.2 Aktuella utvecklingstendenser

Sedan Ädel- och Psykiatireformerna har det skett stora strukturförändringar i landstingens hälso- och sjukvård, från slutna till öppna vårdformer. Under lång tid har trenden varit att det totala antalet slutenvårdsplatser minskar. I samband med Ädelreformen överfördes ca 31 000 vårdplatser från landsting till kommuner. Därefter har antalet slutenvårdsplatser fortsatt att minska, bland annat till följd av den medicintekniska utvecklingen som inneburit att mer och mer kan utföras i öppen vård. Antalet vårdplatser har nästan halverats mellan åren 1992 och 2012. Medelvårdtiderna i slutenvården har sedan Ädel- och Psykiatireformernas genomförande totalt för specialiserad slutenvård minskat från 8,7 dagar år 1995 till 5,2 dagar år 2012. Uppdelat på medicinska verksamhetsområden har medelvårdtiderna minskat särskilt kraftigt inom geriatrik och psykiatri.

³⁸ Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2014. Socialstyrelsen 2014 och Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014

³⁹ Vårdplatser. Socialstyrelsen 2010

Omstruktureringen sker samtidigt på den kommunala sidan, från särskilda boendeformer till stöd i ordinärt boende i form av hemtjänst. Åren direkt efter Ädelreformen skedde en utbyggnad av de särskilda boendeformerna för äldre. Men sedan början av 2000-talet har antalet personer som bor i särskilda boendeformer minskat. År 1993 bodde ca 121 000 personer i åldrarna över 65 år permanent eller tillfälligt i särskilda boendeformer. Av Socialstyrelsens senaste statistik framgår att 89 000 personer 65 år och äldre bodde i *permanent särskilt boende* och 7 300 i *korttidsboende*, som också har minskat. Både antalet och andelen personer 65 år och äldre med *hemtjänst* ökade mellan åren 2002 – 2006. Därefter har antalet som får hemtjänst ökat men inte andelen. Andelen i befolkningen som får hemtjänstinsatser var ungefär samma år 2012 som 2007, cirka 12 procent. Av Socialstyrelsens lägesrapport 2014⁴⁰ framgår att andelen personer i befolkningsgruppen 65 år och äldre som får insatser från den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre totalt sett minskar.

Det är *stora skillnader* mellan länen och mellan kommunerna när det gäller andelen personer som får korttidsboende och permanent särskilt boende samt antalet boendedygn. Socialstyrelsen bedömer att tillgången till korttidsboende och permanent särskilt boende inte är jämlik.⁴¹ Det är också vanligare att de som bor hemma vårdas på sjukhus och av specialistläkare i öppenvård, jämfört med de mest sjuka äldre som bor i särskilt boende.⁴²

Av Socialstyrelsens undersökning 2013 av de äldres uppfattning om vården och omsorgen inom områdena hemtjänst och särskilda boenden framgick att fem av tio äldre som bor i särskilt boende och som har hemtjänst inte tycker de har tillräckligt god tillgång till läkare.⁴³

Socialstyrelsen bedömer att efterfrågan på både läkare och sjuksköterskor förväntas fortsätta att stiga och att efterfrågan är större än tillgången på läkare, framförallt när det gäller erfarna läkare och specialistläkare och i synnerhet specialister i allmänmedicin och psykiatri. Socialstyrelsen bedömer också att arbetsmarknaden för sjuksköterskor med grundutbildning präglas av tilltagande brist. Personalbehovet inom särskilt äldreomsorgen kommer att öka kraftigt fram till 2050 på grund av utökade behoven av hälso- och sjukvård och socialtjänst till följd av demografiska, socioekonomiska och hälsomässiga förändringar.⁴⁴ Läkarförbundets undersökning av läkarbemanningen i primärvården från år 2012 visar att det fattas 1 400 specialister i allmänmedicin om riksdagens mål om en specialistläkare i primärvården per 1 500 invånare ska uppnås, och 900 specialister i allmänmedicin om man ser till vårdcentralernas nuvarande uppdrag.⁴⁵

⁴⁰ *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Lägesrapport 2014. Socialstyrelsen 2014

⁴¹ *Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboende samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg*. Socialstyrelsen 2013

⁴² Lägesrapport 2014

⁴³ Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2013

⁴⁴ Lägesrapport 2014 och Lägesrapport 2013

⁴⁵ Primärvårdens läkarbemannning – undersökning av Läkarförbundet hösten 2012

7.3 Problembilden - våra reflektioner

Vårdplatsbristen

Vårdplatsbehovet kan påverkas förutom av faktorer som folkhälsa och demografi även av medicinsk utveckling och organisatoriska faktorer. Det betyder att en minskning av antalet vårdplatser inte nödvändigtvis måste innebära att tillgången blir otillräcklig.⁴⁶ Vi delar dock helt Socialstyrelsens uppfattning att det finns tydliga problem i svensk sjukvård som har att göra med en *brist på vårdplatser*, givet övriga faktorer som påverkar vårdplatsbehovet. Socialstyrelsen har i sin tillsynsverksamhet vid flera tillfällen sett exempel på brister i tillgången som varit så omfattande att de inneburit allvarliga risker för patienterna.⁴⁷

Socialstyrelsen och SKL har tagit fram tre indikatorer för att mäta effekter av och orsaker till bristen på vårdplatser på svenska sjukhus: *överbeläggning*, *utlokaliserad patient* och *utskrivningsklar patient*.⁴⁸ Dessa kan registreras av sjukhusen i en nationell databas. Den s.k. Patientsäkerhetsöverenskommelsen har omfattat registrering av överbeläggningar och utlokaliseringar sedan år 2012 och inkluderar *utskrivningsklara* från år 2014. Socialstyrelsen presenterar årligen en lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet⁴⁹, där bl.a. överbeläggningar och utlokaliseringar redovisas. Av 2014 års rapport framgår Socialstyrelsen bedömer att överbeläggningar och särskilt utlokaliseringar utgör *risk för patienter* och bör undvikas. Av rapporten framgår också att ett *hinder för utflödet* från slutenvården är att utskrivningsklara patienter inte omgående kan beredas plats inom kommunala vårdformer eller vårdinsatser i det egna boendet. Socialstyrelsen konstaterar att vårdplatser blockeras och att det i sin tur kan leda till överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter vilket kan ha inverkan på patientsäkerheten. Rapporten refererar till Socialstyrelsens inventering från 2012 *Utskrivningsklara patienter – kartläggning våren 2013*.

Ekonomiska drivkrafter har tidigare minskat antalet utskrivningsklara

Syftet med införande av betalningsansvarslagen år 1992 var att tydliggöra kommunernas ekonomiska ansvar för patienter som var färdigbehandlade inom slutenvården och väntade på kommunal vård och omsorg. De ekonomiska drivkrafterna skulle leda till att särskilda boenden och korttidsboenden byggdes ut. Innan Ädel- och Psykiatireformerna fanns problem med att många slutenvårdsplatser upptogs av patienter som var färdigbehandlade men som låg kvar i väntan på annan vård och omsorg. Under ett antal år efter införandet av betalningsansvarslagen minskade antalet utskrivningsklara patienter inom slutenvården väsentligt. På den kommunala sidan skedde också inledningsvis en utbyggnad av de särskilda boendeformerna. Vår slutsats är därmed att lagen tidigare fyllt sin funktion som ekonomisk drivkraft. Frågan är dock om drivkraften nu ebbat ut. År

⁴⁶ Tillgång till vårdplatser. Socialstyrelsen 2010

⁴⁷ Tillgång på vårdplatser. Socialstyrelsen 2010

⁴⁸ Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Socialstyrelsen 2012

⁴⁹ Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2014

2007 bedömdes antalet utskrivningsklara ha stabiliserats på en nivå om 1 100 – 1 300 patienter en viss mättdag. Vi kan också konstatera att antalet personer i särskilda boendeformer minskar sedan ett antal år och att allt fler i gruppen mest sjuka äldre får vård och omsorg i ordinärt boende – samtidigt som kommunernas insatser för äldre totalt sett sjunker.

Varför har utvecklingen stannat av?

Vad är då anledningen till att patienter som inte behöver slutenvårdens resurser finns kvar på sjukhuset? Enligt vår mening skulle det kunna bero på att utskrivningsprocessen inom slutenvården inte fungerar så bra t.ex. bristande rutiner vid vårdplanering och bristande samverkan med kommunen och primärvården. Det skulle också kunna bero på en ökad vårdtyngd hos patienterna, som kommunerna inte har kapacitet för att hantera, bristande resurser i kommunen eller på för svaga drivkrafter i betalningsansvarslagen eller en kombination av olika orsaker. Av inventeringen 2007 framgick att 70 procent av de utskrivningsklara hade en vårdplan, vilket ändå talar för att rutinerna vid vårdplanering fungerar ganska bra. 42 procent hade haft vårdplanen mellan 0-2 dagar och 19 procent hade haft den 3-6 dagar. Frågan är vad anledningen var till att de som hade en vårdplan och var bedömda som utskrivningsklara ändå var kvar på sjukhuset – resursbrister i kommunen eller för svaga drivkrafter i betalningsansvarslagen?

Brister i statistiken

För att göra en säker analys av de ekonomiska drivkrafterna i betalningsansvarslagen skulle det behöva framgå om justerad vårdplan finns samt vilken dag i processen (från kallelsen till vårdplanering mottagits) kommunerna vanligtvis tar hem patienten. En del av problembilden när det gäller utskrivningsklara är att det inte nationellt har samlats in någon löpande statistik om utskrivningsklara och vårdplanering. Det har inte gjorts någon likadan inventering efter år 2007. Psykiatrin var inte med i de inventeringar som gjordes under en följd av år. Inventeringen 2012 visade att många utskrivningsklara fortsatt finns kvar inom slutenvården, någon kartläggning av vårdplaner gjordes inte. Det bristande underlaget är problematiskt då betalningsansvarslagen ska utvärderas.

Samverkan

Samverkan är en viktig förutsättning för effektiva patientflöden och en del av lösningen för att minska antalet utskrivningsklara inom slutenvården. Ur ett individperspektiv är samverkan särskilt viktig för personer med sammansatta behov som behöver insatser från flera olika yrkesutövare, vårdgivare och huvudmän. Som framgått av kapitel 5 har emellertid brister i samverkan varit, och är fortsatt, föremål för flera statliga utredningar.

Genom åren har ett antal åtgärder vidtagits för att förbättra förutsättningarna för samverkan bl.a. möjlighet för kommuner och landsting att samverka i gemensamma nämnder, reglering av läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård och flera lagstadgade skyldigheter som berör samverkan på såväl övergripande nivå mellan huvudmännen med krav på gemensamma mål, resurser- och ansvarsfördelning som på

individnivå med krav på olika typer av vårdplaner. Det pågår också en överföring av ansvaret för hemsjukvård från landstingen till kommunerna.

För närvarande pågår åtgärder inom ramen för regeringens nationella samordnares arbeten. Både inom ramen för Mest sjuka äldre och PRIO arbetar man med samverkan mellan huvudmännen. Utifrån de årliga överenskommelserna mellan regeringen och SKL sker ett omfattande utvecklingsarbete i kommuner och landsting för målgrupperna, bl.a. för att förbättra utskrivningsprocessen. Det finns ett tydligt samband t.ex. mellan brister i vårdens övergångar och onödig slutenvård.⁵⁰

Inom ramen för Mest sjuka äldre har också olika ersättningsmodeller utretts av *Stiftelsen Leading Health Care*, där utgångspunkter har varit att åstadkomma en bättre samordning av öppenvårdens och den kommunala omsorgens olika professioner samt att skapa incitament för att överbrygga gränser mellan den slutna och den öppna vården.⁵¹

Informationsöverföring

Som vi konstaterat ovan är samverkan mellan olika aktörer kring personer med sammansatta behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten avgörande för att kunna ge en vård och omsorg av god kvalitet och säkerhet. Den organisatoriska ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting och den ökade mångfalden av vårdgivare och utförare inom vård och omsorg kräver en ständig utveckling av samarbetsformer. En viktig förutsättning för samverkan är att relevant information om patienten/brukaren på ett effektivt sätt kan utbytas mellan den slutna vården, primärvården och övrig öppenvård, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Brister i informationsöverföringen inom vård och omsorg har påtalats i flera olika rapporter. Bland annat har Inspektionen för vård och omsorg, IVO, konstaterar i en rapport att informationsöverföring mellan slutenvård, öppenvård och socialtjänst inte fungerade tillräckligt bra i samband med de övergångar i vårdkedjan som uppstår när äldre skrivs ut från slutenvården.⁵² IVO pekar bl.a. på att rutiner inte tillämpas, att IT-systemen inte fungerar fullt ut, att uppgifter om omvårdnadsbehov och läkemedelsordinationer riskerar att inte följa med från en instans i kedjan till nästa. Utredningen rätt information i vård och omsorg konstaterar att en regelförändring är nödvändig för att undanröja legala hinder för att öka förutsättningarna för en mer sammanhållen informationshantering mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån individens behov.⁵³ Det finns således brister både i det legala regelverket och i

⁵⁰ För närmare redogörelse av resultaten finns SKL:s rapporter Bättre liv för sjuka äldre - resultatrapport 2012, Bättre liv för sjuka äldre - resultatrapport 2013, Analysrapport 2013 Sammanhållen vård och omsorg och Analysrapport 2 Sammanhållen vård och omsorg.

⁵¹ Flera rapporter, som inte redogörs för här, har publicerats, bl.a. *Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor*. LHC Report Nr 11, 2012, *Vad gör primärvården för äldre med komplexa behov?* LHC Report Nr 10, 2012, *När samverkan brister*. LHC Report Nr 9, 2012 och *På väg mot en värdefull styrning - Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre*. LHC Report Nr 1, 2012

⁵² Inspektionen för vård och omsorg, Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013

⁵³ SOU 2014:23

de IT-system som ska stödja en sammanhållen vård och omsorg utifrån individens behov.

Förutsättningar i kommuner och primärvården

Omstruktureringen från sluten till öppen vård ställer ökade krav på insatser från såväl kommunen som primärvården. Av Socialstyrelsen senaste lägesrapport 2014 framgår att omstruktureringen i kommunen från särskilda boendeformer till insatser i ordinärt boende fortsätter. Det framgår också att andelen personer i befolkningsgruppen 65 år och äldre som får insatser från den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre totalt sett minskar.

I inventeringen 2007 bedömde Socialstyrelsen att det var tillgången till korttidsboende som var viktig för att få ett effektivt patientflöde vid utskrivningarna från slutenvården eftersom hälften av de utskrivningsklara planerades få insatser i korttidsboende.

Av avsnitt 5.2 framgår att Socialstyrelsen konstaterade i sin rapport *Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre*⁵⁴ att kommunerna behöver planera sin tillgång till korttidsplatser och andra vård- och omsorgsformer. Tillgång till platser för eftervård i korttidsboende behöver planeras i dialog mellan landstinget och kommunerna för att den äldre ska få vård och omsorg på rätt nivå. Vidare konstateras att det saknas kunskap om insatser som kan komplettera eller ibland ersätta korttidsboende, som hemtagningsteam eller trygghetsplatser. I samma rapport konstaterar Socialstyrelsen att för att primärvården ska kunna hantera sitt ansvar och uppdrag för patientgruppen behöver innebörden av vårdnivån vara tydlig. Socialstyrelsen menar att landstingen kan behöva utreda om primärvård lever upp till vårdbehoven hos de mest sjuka äldre och i vilken grad ersättningssystemen stimulerar det.

Läkarförbundets rapport *Varför kan inte doktorn komma* om läkarmedverkan i äldrevården bygger bland annat på en granskning av primärvårdens uppdrag avseende de mest sjuka äldre i sex landsting och en intervjustudie med primärvårdsläkare, genomförd av Äldrecentrum. I intervjun uttryckte läkarna en frustration över sin situation och önskade en styrning mot ett annat arbetssätt. Läkarna såg sig själva som lämpade att ta ett helhetsuppdrag men efterfrågade ett riktat uppdrag för patientgruppen och önskade att uppdraget skulle anpassas till den verklighet som vården och omsorgen fungerar i utanför sjukhuset. I rapporten lade Läkarförbundet ett antal förslag som ska leda till att sköra äldre bättre får sina behov av läkarinsatser tillgodosedda. Ett av förslagen var tydliga uppdrag och att ersättningsprinciperna ger stöd för prioritering av sköra äldres vårdbehov och att de styr mot åtgärder som är viktiga för gruppen, som hembesök, kontinuitet och samverkan.

Ett problem är bristande läkarbemanning i primärvården. Läkarförbundets rapport om läkarbemanningen i primärvården visade som ovan framgick att det fattas över tusen eller

⁵⁴ *Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg*. Socialstyrelsen 2013

strax under tusen specialister i allmänmedicin beroende på vilket mål som ska uppnås. Skillnaderna över landet är stora. Jämfört med 1998 är det framför allt vissa glesbygdslän som fått sämre läkartäthet.

7.4 Bedömningar och förslag

7.4.1 Utgångspunkter

I inledningen till detta kapitel angav vi att utgångspunkten för våra bedömningar och förslag är strävan mot ett effektivt utnyttjande av slutenvårdsplatserna och att patienterna ska få den vård som behövs på den vårdnivå som krävs. En reflektion utifrån problemsammanfattningen är dock att det krävs en balans mellan ett effektivt utnyttjande av vårdplatser i slutenvården och tillräckliga resurser för en god vård utanför slutenvården.

En god vård och omsorg för personer med sammansatta behov kräver att landsting och kommuner tar ett gemensamt ansvar vilket kräver en välfungerande samverkan på alla nivåer.

Dock finns en samstämmighet kring att utskrivningsklara av flera skäl inte ska vara kvar på sjukhus om de inte behöver slutenvårdens resurser, det främsta är att patienterna ska få vård på rätt vårdnivå, vilket också stärker möjligheterna att ge patienterna en god och säker vård. Att utskrivningsklara patienter ligger kvar på sjukhuset innebär också att vårdplatser upptas, vilket kan bidra till vårdplatsbristen. Även kostnadsskäl kan anges. En slutenvårdsplats kostar mer än en plats i permanent särskilt boende eller korttidsplats.

7.4.2 Läkarförbundets bedömning

Syftet med förbundets utredning har i första hand varit att se över tidsfristerna i betalningsansvarslagen. Vår bedömning är att tidsfristerna har varit en viktig drivkraft för utveckling mot målet att patienter med behov av insatser från kommunens vård och omsorg ska kunna skrivas ut när de är utskrivningsklara. Kravet på justerad vårdplan som tillkom år 2003 bedömer vi också ha bidragit till att vårdplaneringarna påbörjas tidigare och alltmer ses som en process där man ska förbereda för patientens fortsatta omhändertagande efter slutenvården.

Mot bakgrund av allt snabbare patientflöden och kortare vårdtider inom slutenvården finns det skäl att ifrågasätta tidsfristerna, som tillkom i en tid med betydligt längre vårdtider. Även av patientsäkerhets skäl kan tidsfristen ifrågasättas. Sköra äldre bör inte ligga kvar på sjukhus om de inte behöver slutenvårdens insatser. Dagens reglering om tidsfrister i betalningsansvarslagen utgår från organisationernas behov i en tid då sjukvården såg helt annorlunda ut. Vår uppfattning, som också framkom av samtal med verksamheterna, är att lagen bör stödja en större flexibilitet utifrån patientens behov där processen för god vårdplanering är viktig.

Det finns särskilt anledning att pröva de trettio dagarna som gäller psykiatrin, trots att uppgifter till stor del saknas om utskrivningsklara patienter inom psykiatriska vården. Vid regelförändringen år 2003 konstaterades att betalningsansvaret i stort sett aldrig inträffade då medelvårdtiden hade sjunkit så mycket. Socialstyrelsen hade i sin utvärdering av Psykiatrireformen framfört att regeringen borde överväga att avskaffa den s.k. tremånadersregeln och ersätta den med femdagarsregeln. Av förarbetena till 2003 års ändring framgår att medelvårdtiderna delvis var utgångspunkt för Kommunförbundets och Landstingsförbundets förslag om en varseltid på 30 dagar.⁵⁵ I dag är medelvårdtiderna knappt 15 dagar inom psykiatrisk vård. Ett liknande resonemang skulle innebära att varseltiden skulle kunna sänkas till 15 dagar. Psykiatrilagsutredningen föreslog år 2012 att tidsfristen skulle minskas från trettio till femton vardagar. Utredningen konstaterade att kommunerna hade fortsatt att bygga ut och stärka sina stödformer för personer med psykisk funktionsnedsättning sedan lagändringen år 2003. Enligt utredningen borde lagstiftaren inom en inte alltför lång tid ta ytterligare steg och helt ta bort skillnad vad gäller tidsfristen mellan psykiatrisk och somatisk slutenvård. Förslaget bereds nu av samordnaren för effektivare utnyttjande inom hälso- och sjukvården. Redan då de trettio dagarna infördes uttryckte regeringen i sin proposition att tidpunkten för när betalningsansvaret skulle inträda ”än så länge” skulle vara olika.⁵⁶

Vår bedömning är att tidsfristerna i betalningsansvarslagens inte längre har samma ekonomiska drivkrafter och att det trots brister i statistiken finns en del som talar för en sänkning av antalet betalningsfria dagar. Det är emellertid svårt att utifrån det dataunderlag vi tagit del av slå fast ett exakt antal dagar. Ett första steg kan vara att helgerna räknas in i tidsfristen. Vi menar också att dagens konstruktion där tidsfrister anges i lag är oflexibel och inte stödjer utskrivningsprocessen på bästa sätt. En mer flexibel reglering som möjliggör lösningar utifrån patientens behov och lokala förutsättningar borde vara att föredra. Vi bedömer att en sådan lösning bör utredas vidare av den statliga utredningen som för närvarande ser över betalningsansvarslagen.

7.4.3 Förutsättningar för sänkning av tidsfristerna

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

Överenskommelser mellan huvudmännen

⁵⁵ Samarbetet kring medicinskt färdigbehandlade/utskrivningsklara. Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet 2001

⁵⁶ Prop. 2002/03:20

En viktig utgångspunkt är att huvudmännen tar ett gemensamt ansvar för patientgrupper med behov av insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst. Sedan år 2010 finns det en lagstadgad skyldighet för kommuner och landsting att ingå en överenskommelse om sitt samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning. Från år 2013 gäller motsvarande skyldighet för personer med missbruksproblematik. Vi anser att samma bestämmelse bör införas för alla patienter med sammansatta behov av sjukvård och socialtjänst. Vi föreslår därför att det införs en lagstadgad skyldighet i hälso- och sjukvårdslagen för kommuner och landsting att ingå en överenskommelse om samarbete för patienter inom somatisk vård som har behov av såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst. Syftet är att kommuner och landsting ska identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård- och stödinsatser för personer med sammansatta behov. Överenskommelserna ska förtydliga de gemensamma målen, resurser och ansvarsfördelningen samt rutinerna för samarbetet.

Samverkan och vårdplaneringen

Samverkan kring den enskilde individen kräver en gemensam vårdplanering. Reglerna om gemensam vårdplanering i betalningsansvarslagen bör vara kvar då de ger incitament för en gemensam vårdplanering genom att kommunens betalningsansvar inte inträder med mindre än att en gemensam vårdplan har upprättats. Det är viktigt för patienten att vårdplaneringen påbörjas så snart det är möjligt för att kommunen ska kunna förbereda ett gott omhändertagande då patienten är utskrivningsklar. Samtidigt har IVO påpekat, som framgår av avsnitt 5.2, att bestämmelserna om vårdplanering inte är anpassade till den utveckling som varit inom hälso- och sjukvården med allt kortare vårdtider. IVO konstaterar att fokus vid den samordnade vårdplaneringen förefaller hamna på betalningsansvar i stället för på en säker vård och omsorg med tydlig ansvarsfördelning. Med detta menas att de korta vårdtiderna innebär att vårdplaneringen görs parallellt med den medicinska utredningen och att det kan vara för tidigt för att fastställa vilka insatser som kan behövas vid utskrivning. Även i Socialstyrelsens rapport *Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre*⁵⁷ framhålls att vårdplaneringen kan behöva utvecklas. Där lyfts att vårdplaneringen t.ex. skulle kunna ske på plats i korttidsboendet efter någon dag, tillsammans med teamet runt den äldre. Vår uppfattning är att dagens reglering ger sjukhusen incitament för gemensam vårdplanering och att den därför bör vara kvar, men det man bör se över är om vårdplaneringen skulle kunna ske i två steg. I de samtal vi har fört med verksamheterna har vi tagit upp det och det verkar vara något som borde kunna utvecklas. Vi menar att den statliga utredningen och/eller Socialstyrelsen på regeringens uppdrag bör tittat vidare på frågan om vårdplanering i två steg. I IVO:s rapport framkom att samverkan verkar fungera bättre vid utskrivning från geriatrisk klinik, vilket också framkom i våra samtal med verksamheterna, även det bör man ha med sig i den fortsatta utredningen.

Här vill vi även lyfta fram att det förslag som lades av Psykiatrilagsutredningen år 2012 om en utvidgning för skyldigheten att genom inskrivningsmeddelande underrätta

⁵⁷ *Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg.* Socialstyrelsen 2013

kommunen om att patienten efter att ha skrivits ut kan komma att behöva insatser från socialtjänsten eller primärvården. Endast när det framstår som uppenbart att patienten vid utskrivning inte är i behov av några insatser bör det vara möjligt att avstå från en sådan underrättelse. Den statliga utredningen bör pröva om förslaget som enbart gällde psykiatrisk tvångsvård även kan omfatta andra patientgrupper med sammansatta behov.

Läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård

När det gäller samverkan mellan kommunen och primärvården så har ett återkommande problem allt sedan Ädelreformen, då kommunerna tog över ansvaret för hälso- och sjukvården upp till och med sjuksköterskenivå, varit bristande läkarmedverkan i kommunens äldrevård. De bakomliggande orsakerna har, trots att de äldres vård och omsorg varit föremål för ett stort antal utredningar, behandlats knapphändigt. De förslag som Läkarförbundet lade i rapporten *Varför kan inte doktorn komma?* är i allt väsentligt avgörande för de patientgrupper vi nu talar om, dvs. de som har stora och sammansatta behov av vård och omsorg.

Läkarförbundet föreslår en *anpassad äldresjukvård* som ska vara ett slags ”program” med systematisk samordning av vårdkedjor samt fortlöpande uppföljning av sköra äldres sjukdomsbild och läkemedelsanvändning. Primärvården, med fast läkarkontakt, ska ansvara för den anpassade äldresjukvården. Socialstyrelsen bör få uppdrag att ta fram riktlinjer för anpassad äldresjukvård. Patienterna ska enligt förslaget erbjudas anpassad äldresjukvård efter *individuell bedömning av skörhet* enligt kriterier som tas fram av Socialstyrelsen. En funktion med *äldrevårdsöverläkare* föreslås i landstingen med uppgift att samordna den anpassade äldresjukvården och övervaka dess kvalitet och funktionssätt. *Ökad läkartid* hemma hos de sköra äldre är en strategisk nyckelfaktor om den anpassade äldresjukvården ska fungera. Regler bör därför införas i vårdvalets förfrågningsunderlag, som tydligt definierar läkarnas uppdrag i vården av de sköra äldre. Därigenom kan de stora regionala skillnaderna i äldresjukvården kvalitet undanröjas. Slutligen påpekas att full bemanning i primärvården är en viktig förutsättning för framtiden.

I primärvården och psykiatrin saknas fasta läkare. Många vårdcentraler och mottagningar är beroende av vikarier och hyrläkare för att kunna fullgöra sina uppdrag. Det påverkar även möjligheten att följa bestämmelsen i Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, om att vårdplanen i förekommande fall ska innehålla uppgifter om den eller de läkare som ska ha det fortsatta ansvaret för vården och behandlingen efter utskrivningen.⁵⁸ Kontinuiteten i läkarkontakten är särskilt viktig för personer med sammansatta behov av vård och omsorg från olika vårdinstanser.

⁵⁸ Äldre efterfrågar kontinuitet Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013. IVO 2013

Läkarförbundets rapport om läkarbemanningen i primärvården visade att det fattas specialister i allmänmedicin och att skillnaderna över landet är stora.

Kommunens resurser och kompetens

När det gäller förutsättningarna i kommunen har vi konstaterat i föregående att fler sköra äldre i den kommunala vården och omsorgen ställer nya krav dels på personalens kompetens dels på resurser. När det gäller kompetensen hos personalen i särskilda boenden, hemsjukvården och hemtjänsten måste den givetvis anpassas till det ansvar kommunen har, men den är även viktig för samverkan med sjukvården, inte minst med läkarna i primärvården som ska stå för läkarinsatserna i kommunens hälso- och sjukvård. Med den utveckling som varit från särskilda boendeformer till insatser i ordinärt boende är det viktigt att kommunens resurser och kompetens för att utreda och behandla äldre i det ordinära boendet förbättras. Som ovan framgått måste även läkartiden för sköra äldre öka i det ordinära boendet. Vi har inte några konkreta förslag i de delar som rör kommunens kompetens och resurser. Men vi kan konstatera att kommunen måste planera och ha en långsiktig strategi för insatserna till berörda patientgrupper, vilket ska vara en del i den övergripande överenskommelsen mellan huvudmännen.

Eventuella resurs- eller effektivitetsbrister i kommunen får inte innebära att patienter ligger kvar på sjukhus om de inte behöver sjukhusets insatser eller att patienten skrivs ut utan att få den vård och omsorg som han eller hon behöver. De ekonomiska konsekvenser som följer av en förändring av tidsfristerna måste beaktas. Därutöver kan stimulansmedel behövas. Både Ädel- och Psykiatrireformen följdes av särskilda stimulansmedel för att påskynda utbyggnaden av särskilda boendeformer i kommunerna. Då vårdformerna öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård infördes följdes även de av särskilda statsbidrag.

Informationsöverföring mellan vård och omsorg

En viktig förutsättning för samverkan är att personalen som är delaktig i vården och omsorgen kring den enskilde patienten/brukaren har tillgång till den information som behövs för att kunna ge en god och säker vård. Detta kräver att informationen på ett effektivt sätt kan utbytas mellan den slutna vården, primärvården och övrig öppenvård, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst. För att komma tillrätta med de brister som idag föreligger kring informationshanteringen krävs flera åtgärder. En åtgärd är en förändring av lagstiftningen i enlighet med de förslag som presenteras av utredningen rätt information inom vård och omsorg.⁵⁹ Detta skulle skapa förutsättningar för en sammanhållen informationshantering som utgår från patientens behov, istället för dagens reglering som utgår från ett organisatoriskt perspektiv. Men detta är inte tillräckligt. Det kommer också att krävas investeringar i ny teknik, utveckling av IT-system som stödjer och underlättar informationsöverföring mellan aktörerna inom vård och omsorg. Det

⁵⁹ Rätt information på rätt plats i rätt tid (SOU 2014:23)

kommer också att krävas en gemensam informationsstruktur och tydliga rutiner för dokumentation.

Uppföljning och öppna jämförelser

Någon kontinuerlig uppföljning av utskrivningsklara utifrån betalningsansvarslagen kriterier för att betalningsansvaret ska övergå till kommunen har inte gjorts på nationell nivå. Framöver kommer det att finnas bättre underlag då registreringen av utskrivningsklara finns med såväl i patientsäkerhetsmiljarden som överenskommelsen om de mest sjuka äldre. Det är viktigt att registreringarna blir enhetliga och att det är klarlagt vad registreringarna ska användas till. Ett naturligt användningsområde är att ha olika aspekter kring utskrivningsklara som indikatorer i de öppna jämförelser av vården och omsorgen av äldre som Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen publicerar regelbundet. Ett viktigt syfte med öppna jämförelser är att öka insynen i den offentligt finansierade vården samt ge underlag för lärande och förbättringar.

Läkarförbundet hoppas med underlaget och bedömningarna kunna bidra i de arbeten som pågår med utformningen av en mer sammanhållen vård för berörda patientgrupper och till bättre samverkan och gemensamt ansvarstagande kring utnyttjande av befintliga slutenvårdsplatser.