

Regeringens proposition

2002/03:20

Samverkan mellan kommuner och landsting inom
vård- och omsorgsområdet

Prop.
2002/03:20

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 12 december 2002

Göran Persson

Lars Engqvist
(Socialdepartementet)

Propositionens huvudsakliga innehåll

Behovet av samverkan mellan kommuner och landsting har blivit allt tydligare. Ur den enskildes perspektiv är det viktigt att metoder för samordnad planering utvecklas samt att en god kvalitet säkerställs. Verksamheter har också utvecklats med utgångspunkt från brukarnas samlade behov.

Med denna proposition vill regeringen stödja och stimulera en fortsatt kvalitetsutveckling av samverkan på vård- och omsorgsområdet. Inriktningen är att utöka landstingens och kommunernas befogenheter att utforma arbetet utifrån de lokala förutsättningarna. Kommuner och landsting skall därför genom en ny lag ges möjlighet att samverka i en gemensam nämnd för att gemensamt fullgöra uppgifter inom vård- och omsorgsområdet.

Regeringen avser vidare att skapa incitament för gemensam vårdplanering genom ändringar i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Uttrycket ”medicinskt färdigbehandlad” ersätts med ”utskrivningsklar” och kommunen blir betalningsansvarig först när patienten är utskrivningsklar samt när en vårdplan är upprättad. Den gemensamma vårdplaneringen skall bygga på delaktighet och samtycke från den enskilde och klargöra det samlade behovet av insatser samt vilken enhet som är ansvarig för respektive insats. Regeringen anser också att den offentligt finansierade vården och omsorgen i möjligaste mån skall utformas med stöd av entydiga och enhetliga regler och föreslår därför ändringar i reglerna för betalningsansvar för patienter inom sluten psykiatrisk vård.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2003.

1	Förslag till riksdagsbeslut	4
2	Lagtext	5
2.1	Förslag till lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet	5
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård	6
2.3	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	11
2.4	Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) ..	13
2.5	Förslag till lag om ändring i kommunallagen (1991:900) ..	14
2.6	Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade	15
2.7	Förslag till lag om ändring i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.	16
2.8	Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	17
3	Ärendet och dess beredning	18
4	Bakgrund.....	18
5	Gemensamma nämnder inom vård- och omsorgsområdet	22
6	Planering och samverkan med den enskilde i centrum.....	28
6.1	Stöd till den enskilde genom vårdkedjan	28
6.2	Förändrat kommunalt betalningsansvar	31
7	Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården	37
8	Kostnadseffekter	40
9	Ikraftträdande.....	40
10	Författningskommentar.....	40
10.1	Förslaget till lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet	40
10.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård	41
10.3	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	45
10.4	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	45
10.5	Förslaget till lag om ändring i kommunallagen (1991:900)	45
10.6	Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade	45
10.7	Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.	46
10.8	Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	46

Bilaga 1	Sammanfattning av betänkandet Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m. (SOU 2000:114).....	47
Bilaga 2	Författningsförslag i betänkandet Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m. (SOU 2000:114).....	59
Bilaga 3	Remissinstanser till betänkandet Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m. (SOU 2000:114).....	68
Bilaga 4	Författningsförslag i utredningsrapporten Samarbetet kring medicinskt färdigbehandlade/utskrivningsklara patienter (Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2001-10-19).....	69
Bilaga 5	Remissinstanser till utredningsrapporten Samarbetet kring medicinskt färdigbehandlade/utskrivningsklara patienter (Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2001-10-19).....	78
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 12 december 2002.	79
	Rättsdatablad.....	80

Regeringen föreslår att riksdagen antar regeringens förslag till

1. lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet,
2. lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård,
3. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
4. lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125),
5. lag om ändring i kommunallagen (1991:900),
6. lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
7. lag om ändring i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.,
8. lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet

Härigenom föreskrivs följande.

1 § Ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget får genom samverkan i en gemensam nämnd gemensamt fullgöra

1. landstingets uppgifter

- enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
- enligt tandvårdslagen (1985:125),
- enligt smittskyddslagen (1988:1472),
- enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
- enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård,
- enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,

- enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m., eller
- som i annat fall enligt lag skall handhas av en sådan nämnd som avses i 10 § hälso- och sjukvårdslagen, och

2. kommunens uppgifter

- enligt socialtjänstlagen (2001:453),
- enligt hälso- och sjukvårdslagen,
- enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,
- enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga,
- enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade,
- enligt lagen om patientnämndsverksamhet m.m., eller
- som i annat fall enligt lag skall handhas av socialnämnd.

2 § Landstinget och kommunen eller kommunerna får samverka enligt denna lag endast om uppgifter från såväl landstinget som kommunen eller kommunerna ingår i den gemensamma nämndens ansvarsområde.

3 § För en gemensam nämnd gäller i övrigt bestämmelserna i kommunallagen (1991:900) om gemensam nämnd.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2003.

2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

Prop. 2002/03:20

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård¹

dels att 6–9 §§ skall upphöra att gälla,

dels att rubrikerna närmast före 6, 11 och 14 §§ skall utgå,

dels att 10, 11, 12, 13 och 15 §§ skall ha följande lydelse,

dels att det i lagen skall införas sex nya paragrafer, 10 a–10 e och 11 a §§, av följande lydelse,

dels att det i lagen närmast före 10 § skall införas en ny rubrik av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård och psykiatrisk vård

10 §²

En kommun har betalningsansvar för *medicinskt färdigbehandlade* patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård *eller* geriatrisk vård inom landstingets hälso- och sjukvård.

Medicinskt färdigbehandlad är en patient som är intagen på en sådan enhet men inte längre behöver den medicinska vård som ges vid enheten eller vid annan enhet inom landstingets hälso- och sjukvård där det bedrivs vård som kommunen inte har betalningsansvar för.

Frågan om en patient är medicinskt färdigbehandlad avgörs av ansvarig läkare.

En kommun har 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.*

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.

10 a §

När en patient skrivs in i landstingets slutna hälso- och sjukvård eller så snart det därefter bedöms

¹ Senaste lydelse av

6 § 1994:1099

7 § 1994:1099

8 § 1994:1099

9 § 1994:1099.

² Senaste lydelse 1994:89.

finnas ett behov av det, skall den behandlande läkaren vid den enhet där patienten vistas genom ett in-skrivningsmeddelande 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.*

10 b §

En vårdplan skall 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.*

10 c §

Skall en vårdplan upprättas enligt 10 b § skall den behandlande läkaren kalla till en vårdplanering. Vårdplaneringen skall påbörjas senast dagen efter det att kallelsen mottagits.

En vårdplan skall 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.

10 d §

En vårdplan skall innehålla uppgifter om det bedömda behovet av insatser enligt 10 b § samt uppgifter om vilken enhet som är an-

svarig för respektive insats.

En vårdplan är upprättad när den har justerats av företrädare för de ansvariga enheterna.

10 e §

Senast dagen före det att en patient beräknas skrivas ut från den slutna hälso- och sjukvården skall den behandlande läkaren vid den enhet där patienten vistas genom ett utskrivningsmeddelande underätta ansvariga enheter enligt 10 d §.

11 §³

Kommer inte ett landsting och en kommun överens om *annat* inträder betalningsansvar *som avses i 10 §* dagen efter det att landstinget anmält hos kommunen att patienten är medicinskt färdigbehandlad.

Betalningsansvar enligt första stycket inträder dock tidigast fem vardagar, lördag, midsommaraf- ton, julafton och nyårsafton oräk- nade, efter det att landstinget och kommunen inlett planeringen av patientens fortsatta vård.

För det fall betalningsansvar inte inträder enligt första och andra styckena inträder betal- ningsansvaret fem vardagar, lör- dag, midsommaraf- ton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att landstinget hos kommunen an- mäلت att patienten är medicinskt färdigbehandlad.

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

För en patient i den somatiska akutsjukvården eller den geriat- riska vården inträder betalnings- ansvaret tidigast fem vardagar, lördag, midsommaraf- ton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen.

För en patient i den psykiatriska vården inträder betalningsansva- ret tidigast trettio vardagar, lör- dag, midsommaraf- ton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen.

11 a §

Medverkar inte en kommun vid upprättandet av en vårdplan in- träder kommunens betalningsan- svar ändå enligt 11 § om den ut- skrivningsklara patienten stannar kvar inom landstingets slutna hälso- och sjukvård.

³ Senaste lydelse 1994:1099.

Prop. 2002/03:20

Kan de insatser som landstinget ansvarar för enligt 10 d § inte utföras inträder inte något betalningsansvar för kommunen.

12 §⁴

Ersättning för vård av *medicinskt färdigbehandlade* patienter skall lämnas med belopp som motsvarar den omvårdnad som patienten *erhåller* på enheten. Beloppen skall motsvara genomsnittet i riket och *omräknas* årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i riket.

Första stycket gäller inte om ett landsting och en kommun kommer överens om annan ersättning för *medicinskt färdigbehandlade* patienter. Sådan särskilt överenskommen ersättning får dock inte understiga den genomsnittliga kostnaden för omvårdnaden om patienter vid en enhet för geriatrisk vård.

Regeringen fastställer årligen de belopp som avses i första och andra styckena.

Ersättning för vård av *utskrivningsklara* patienter skall lämnas med belopp som motsvarar den omvårdnad som patienten *får* på enheten. Beloppen skall motsvara genomsnittet i riket och *räknas om* årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i riket.

Första stycket gäller inte om ett landsting och en kommun kommer överens om annan ersättning för *utskrivningsklara* patienter. Sådan särskilt överenskommen ersättning får dock inte understiga den genomsnittliga kostnaden för omvårdnaden om patienter vid en enhet för geriatrisk vård.

13 §⁵

Ett landsting och en kommun kan gemensamt bestämma att kommunen skall ha betalningsansvar även för andra *medicinskt färdigbehandlade* patienter än som avses i 10 § första stycket och för sjukhusanknuten hemsjukvård. Landstinget och kommunen bestämmer gemensamt de förutsättningar som skall gälla för ett sådant betalningsansvar.

Ett landsting och en kommun kan gemensamt bestämma att kommunen skall ha betalningsansvar även för andra *utskrivningsklara* patienter än som avses i 10 § första stycket och för sjukhusanknuten hemsjukvård. Landstinget och kommunen bestämmer gemensamt de förutsättningar som skall gälla för ett sådant betalningsansvar.

⁴ Senaste lydelse 1994:89.

⁵ Senaste lydelse 1994:1099.

Sekretess hindrar inte att ett landsting till en kommun lämnar uppgift om namn och folkbokföringsadress *beträffande* patienter för vilka kommunen har betalningsansvar.

Sekretess hindrar inte att ett landsting till en kommun lämnar uppgift om namn, *personnummer* och folkbokföringsadress *för patienter som avses i 10 a §* och *patienter* för vilka kommunen har betalningsansvar.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2003.

⁶ Senaste lydelse 1994:1099.

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

Prop. 2002/03:20

Härigenom föreskrivs att 10, 22 och 26 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Ledningen av hälso- och sjukvården skall utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (1991:900).

Ledningen av kommunens hälso- och sjukvård utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453) bestämmer.

I en kommun som inte ingår i ett landsting utövas ledningen av den hälso- och sjukvård som avses i 18 § första eller andra stycket i enlighet med 10 §.

Av patienter får vårdavgifter tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, skall därvid behandlas lika. Landstinget får dock för sluten vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som skall gälla. Högsta avgiftsbelopp för sluten vård är 80 kronor för varje vård dag. Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för sådan *vård* som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. *Detsam-*

Föreslagen lydelse

10 §

Ledningen av hälso- och sjukvården skall utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (1991:900). *Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.*

22 §²

Ledningen av kommunens hälso- och sjukvård utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453) bestämmer. *Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.*

26 §³

Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för sådan *långtids-sjukvård* som den har betalningsansvar för enligt lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso-

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2001:461.

³ Senaste lydelse 2001:848.

ma gäller i fråga om sådan psykiatrisk långtidssjukvård med huvudsaklig omvårdnadsinriktning för vilken kommunen enligt 9 § samma lag har åtagit sig betalningsansvar.

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för sådan långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 eller 9 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får, tillsammans med avgifter för hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs skall kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet skall beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

och sjukvård.

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för sådan långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får, tillsammans med avgifter för hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs skall kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2003.

2.4 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen
(1985:125)

Prop. 2002/03:20

Härigenom föreskrivs att 11 § tandvårdslagen (1985:125) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Ledningen av folktandvården skall utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (1991:900).

Föreslagen lydelse

11 §¹

Ledningen av folktandvården skall utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (1991:900). *Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.*

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2003.

¹ Senaste lydelse 1991:905.

2.5 Förslag till lag om ändring i kommunallagen
(1991:900)

Prop. 2002/03:20

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 3 a § kommunallagen (1991:900)¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

3 a §

Kommuner och landsting får genom en gemensam nämnd fullgöra uppgifter enligt 3 §.

En gemensam nämnd får fullgöra uppgifter för vilka det enligt särskilda författningar skall finnas en eller flera nämnder i varje kommun eller landsting. Sådana uppgifter som kommun eller landstingsstyrelsen har enligt lagen (1994:1720) om civilt försvar får dock inte fullgöras av en gemensam nämnd.

En gemensam nämnd får fullgöra uppgifter för vilka det enligt särskilda författningar skall finnas en eller flera nämnder i varje kommun eller landsting. Sådana uppgifter som kommun eller landstingsstyrelsen har enligt lagen (1994:1720) om civilt försvar får dock inte fullgöras av en gemensam nämnd. *Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.*

En gemensam nämnd tillsätts i någon av de samverkande kommunerna eller landstingen och ingår i denna kommuns eller detta landstings organisation.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2003.

¹ Lagen omtryckt 2000:277.

2.6 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Prop. 2002/03:20

Härigenom föreskrivs att 22 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Ledningen av landstingets eller kommunens verksamhet enligt denna lag skall utövas av en eller flera nämnder som fullmäktige utser.

Föreslagen lydelse

22 §

Ledningen av landstingets eller kommunens verksamhet enligt denna lag skall utövas av en eller flera nämnder som fullmäktige utser. *Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.*

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2003.

2.7 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

Prop. 2002/03:20

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §¹

I varje landsting och kommun skall det finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter inom

1. den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som bedrivs av landsting eller enligt avtal med landsting,
2. den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som bedrivs av kommuner eller enligt avtal med kommuner och den allmänna omvårdnad enligt socialtjänstlagen (2001:453) som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård, samt
3. den tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) som bedrivs av landsting.

För sådana nämnder gäller vad som är föreskrivet i kommunallagen (1991:900).

2. den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen som bedrivs av kommuner eller enligt avtal med kommuner och den allmänna omvårdnad enligt socialtjänstlagen (2001:453) som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård, samt

För sådana nämnder gäller vad som är föreskrivet i kommunallagen (1991:900). *Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.*

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2003.

¹ Senaste lydelse 2001:481.

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

Prop. 2002/03:20

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

4 §

Kommunens uppgifter inom socialtjänsten fullgörs av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer.

Kommunens uppgifter inom socialtjänsten fullgörs av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer. *Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.*

Vad som i denna lag eller annan författning sägs om socialnämnd gäller i förekommande fall den eller de nämnder som utses enligt första stycket.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2003.

I maj 1999 gav chefen för Socialdepartementet efter regeringens bemyndigande en särskild utredare i uppgift att beskriva och analysera de problem som finns vid samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg (dir. 1999:42). Utredaren skulle vidare lämna förslag på åtgärder som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan kommuner och landsting på de områden där det finns behov och intresse av att samverka. Betänkandet Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m. (SOU 2000:114) överlämnades av utredaren i november 2000. En sammanfattning av betänkandet finns i *bilaga 1*. De lagförslag som lades fram i betänkandet finns i *bilaga 2*. Betänkandet har remissbehandlats och en förteckning över remissinstanserna redovisas i *bilaga 3*. En sammanställning över remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2000/8485/HS).

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har bedrivit ett gemensamt projekt med syfte att underlätta, stödja och påskynda utvecklingen i kommuner och landsting av samarbetet kring medicinskt färdigbehandlade patienter. Utredningsrapporten Samarbetet kring medicinskt färdigbehandlade/utskrivningsklara patienter överlämnades till Socialdepartementet i oktober 2001. Rapporten innehåller förslag till ändringar i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, vilka framgår av *bilaga 4*. Rapporten har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 5*. En sammanställning över remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2001/9592/HS).

Propositionen om samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet bygger på en överenskommelse mellan den socialdemokratiska regeringen, vänsterpartiet och miljöpartiet.

4 Bakgrund

Samverkan för god vård och omsorg

Många vård- och omsorgsbehövande har behov av insatser från såväl landstingets hälso- och sjukvård som kommunens vård och omsorg. Ur den enskildes perspektiv är det viktigt att landstingen och kommunerna utvecklar metoder för samordnad planering samt säkerställer att den vård och omsorg som erbjuds är av god kvalitet. En bristande kontinuitet i samhällets insatser skapar otrygghet för de enskilda som berörs.

Reformer under 1990-talet

Tre omfattande huvudmannaskapsreformer genomfördes inom vård- och omsorgsområdet under 1990-talet – Ädelreformen (1992), Handikappreformen (1994) och Psykiatrireformen (1995) – utifrån en ambition att föra samman och utveckla samverkan mellan medicinska och sociala

verksamhetsområden. Kommunerna blev ansvariga för boende, service, sysselsättning, stöd och vård.

Avsikten med Ädelreformen var att samla ansvaret för service och vård av äldre och funktionshindrade hos en huvudman. Kommunerna gavs verksamhetsansvar för sjukhem och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård i vad som kom att innefattas i samlingsbegreppet särskilda boendeformer för service och omvårdnad. Kommunerna fick vidare ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser, med undantag för läkarinsatser, i såväl särskilda boendeformer som i dagverksamheter. Kommunerna gavs också möjlighet att bedriva hemsjukvård i ordinärt boende efter överenskommelse med landstinget. Ett kommunalt betalningsansvar infördes för medicinskt färdigbehandlade patienter vid landstingens enheter för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård vilket resulterat i att beläggningen inom akutvården och den geriatriska vården minskat samtidigt som antalet platser i särskilda boendeformer ökat. Statliga bidrag har också avsatts för att stimulera denna utveckling.

Handikappreformen innebar framför allt att en ny lag, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), trädde i kraft. LSS innehåller bestämmelser om särskilt stöd och särskild service till personer med funktionshinder som ger upphov till betydande svårigheter i det dagliga livet. LSS skall komplettera de rättigheter som den enskilde kan ha enligt annan lagstiftning. Genom ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) förtydligades vidare sjukvårdshuvudmännens ansvar för habilitering, rehabilitering, hjälpmedel samt för landstingens del även tolktjänst. Kommunerna blev genom ett tillägg i socialtjänstlagen (1980:620) skyldiga att bedriva uppsökande verksamhet bland äldre och funktionshindrade och planera sina insatser i samverkan med landstinget och andra berörda. För att underlätta reformarbetet har särskilda statsbidrag utgått.

Syftet med Psykiatrireformen var att förbättra livsvillkoren för personer med psykiska funktionshinder. Kommunernas ansvar tydliggjordes bl.a. genom ändringar i socialtjänstlagen och lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. För att underlätta genomförandet av lagändringarna och förbättra förutsättningarna för samverkan mellan kommuner och landsting tillfördes statliga stimulansbidrag för utveckling av arbetsformer och samverkan mellan socialtjänst och psykiatri. Dessutom avsattes medel för att utveckla stöd till svårt psykiskt störda missbrukare, personliga ombud, anhörigstöd och kamratstöd. Det ekonomiska stödet till verksamheter med personliga ombud permanentades år 2000.

Kvarvarande samverkansproblem

Erfarenheterna av 1990-talets reformer har i huvudsak varit positiva. Vissa samordningsproblem har dock uppkommit i de nya gränssnitt som bildats mellan huvudmännens ansvarsområden. Socialstyrelsens uppföljningar av Ädelreformen har påvisat behovet av en förbättrad samverkan bl.a. på grund av det delade ansvaret för hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel. Brister har också uppmärksamats när det gäller medicinska insatser och läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Ädelreformen och de senaste årens strukturförändringar inom sjukhusvården,

med en snabb medicinsk och medicinteknisk utveckling, färre vårdplatser och kortare vårdtider, har bidragit till att en allt större del av samhällets vård och omsorg till äldre nu bedrivs i kommunal regi.

Även uppföljningar och utvärderingar av handikapp- och psykiatireformen ställer krav på förbättrad samverkan och samordning av insatser. Speciellt utsatta är personer med omfattande behov av stöd från flera olika verksamheter, t.ex. individer med flera funktionshinder eller personer med såväl missbruksproblematik som psykiskt funktionshinder. Brister i samverkan har också uppmärksammats när det gäller insatser för barn och ungdomar med psykiska problem, där insatser från såväl socialtjänst som psykiatri behövs.

Åtgärder för en förbättrad samverkan

Förbättrad samverkan mellan kommuner och landsting, med syfte att åstadkomma en höjd kvalitet och ökad kontinuitet inom vården och omsorgen av äldre, utgjorde ett prioriterat område i regeringens proposition Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113, bet. 1997/98:SoU24, rskr. 1997/98:307). Regeringen gjorde bedömningen att höjda statsbidrag till kommun- och landstingssektorn skulle skapa förutsättningar för att öka den medicinska kompetensen och tillgången till läkare inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det klargjordes också att konflikter mellan huvudmännen avseende betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade inom landstingens somatiska akutsjukvård måste lösas genom lokala överenskommelser mellan huvudmännen.

I handlingsplanen konstaterades vidare att det fanns skäl att skapa ytterligare möjligheter för huvudmännen att själva välja den form av politiskt och administrativt ansvar som man finner bäst gagnar den enskilde och dess behov av vård och omsorg. Beslut fattades därför om att bl.a. se över frågan om gemensamma nämnder inom vård- och omsorgsområdet. Regeringen tillsatte i maj 1999 Samverkansutredningen (dir. 1999:42) med uppdrag att analysera aktuella problem samt ge förslag på åtgärder som förbättrar förutsättningarna för samverkan inom vård- och omsorgsområdet. Enligt direktivet skulle samverkansutredningens förslag utgå från dagens system och inte ställa krav på större förändringar av huvudmannskapet.

Regeringens proposition Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) antogs av riksdagen i oktober 2000. I propositionen presenterades åtgärder för att utveckla hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur och inriktning. Det klargjordes bl.a. att landstingens primärvård skall utvecklas till en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården. Vidare fastslogs att hälso- och sjukvårdens kvalitet för äldre skall förbättras genom ökad läkarmedverkan och förbättrad samverkan.

För att ge landstingen och kommunerna förutsättningar att arbeta i enlighet med handlingsplanens intentioner beslutade regeringen om ett resurstillskott om sammanlagt nio miljarder kronor under åren 2001 till 2004. Medelsanvändningen styrs genom utvecklingsavtal mellan regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Huvudmännen skall tillsammans utforma vårdprocesser för gemensamma pati-

entgrupper så att insatser i sluten- och öppenvård samordnas. Särskild uppmärksamhet ägnas åt att utveckla vården i livets slutskede. Landsförbundet och Svenska Kommunförbundet inledde också under våren 2000 ett gemensamt projekt för att underlätta, stödja och påskynda utvecklingen i kommuner och landsting av samarbetet kring patienter som skrivs ut från slutenvården.

Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att svara för den nationella uppföljningen och utvärderingen av handlingsplanen, resurstillskottet och utvecklingsavtalen. Socialstyrelsen skall årligen redovisa en samlad bedömning av hur utvecklingen i landsting och kommuner överensstämmer med intentionerna i handlingsplanen och utvecklingsavtalet. Socialstyrelsen inkom med sin första årliga rapport i augusti 2002. I rapporten görs en sammanställning och analys av landstingens lokala handlingsplaner. Dessutom redovisas fakta om förhållandena innan den nationella handlingsplanen trädde i kraft med syfte att skapa förutsättningar för en fortgående analys av utvecklingen över tid.

Avgränsningar

I denna proposition behandlas förutsättningarna för samverkan mellan kommun och landsting på vård- och omsorgsområdet. Behov av myndighetssamverkan mellan försäkringskassan, arbetsmarknadsmyndigheten, hälso- och sjukvården och kommunen har också uppmärksamats inom ohälsoområdet. Socialstyrelsen har utvärderat frivillig samverkan (Frisam) och Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen har utvärderat försöksverksamheten med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (Socsam). I december 2001 gav riksdagen (bet. 2001/02:SfU1) regeringen tillkänna att regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag om finansiell samordning, som omfattar socialförsäkringen, hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsmarknadsmyndigheten, inom rehabiliteringsområdet. Med anledning av riksdagens tillkännagivande bereds för närvarande frågan om finansiell samordning inom Regeringskansliet. Detta arbete ställer krav på ställningstagande till hur en möjlig finansiell samordning relaterar till formerna för den frivilliga samverkan. Med hänsyn till detta pågående arbete avvaktar regeringen att ta ställning till de förslag angående Frisamregleringen som presenteras i samverkansutredningens betänkande.

I Samverkansutredningens uppdrag ingick även att analysera möjligheterna för kommuner och landsting att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad. I sitt betänkande avstår samverkansutredningen från att lämna förslag med hänsyn till att frågan om hur konkurrenssnedvridande effekter mellan offentliga och privata verksamheter kan undvikas ställer krav på ställningstaganden som ligger utanför samverkansutredningens uppdrag. Mot denna bakgrund tas denna fråga inte heller upp i denna proposition.

Frågan om kommunal uppdragsverksamhet har behandlats i regeringens proposition Kommunal uppdragsverksamhet (prop. 2000/01:84). I propositionen föreslås att den försöksverksamhet som i dag pågår enligt lagen (1996:637) om försöksverksamhet för kommunala aktiebolag att bedriva uppdragsverksamhet inom viss trafik enligt yrkestrafiklagen (1998:490) skall pågå ytterligare tre år, dvs. till utgången av år 2005.

Vidare gjorde regeringen bedömningen att det inte då fanns anledning att utvidga försöksverksamheten till att omfatta annan kommunal verksamhet.

Prop. 2002/03:20

5 Gemensamma nämnder inom vård- och omsorgsområdet

Regeringens förslag: En ny lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet beslutas enligt vilken ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget gemensamt får fullgöra uppgifter inom vård- och omsorgsområdet genom samverkan i en gemensam nämnd.

Samverkansutredningens förslag: Överensstämmer med regeringens förslag när det gäller utökade möjligheter för samverkan i gemensamma nämnder inom vård- och omsorgsområdet. När det gäller försöken med kommunal primärvård har samverkansutredningen gjort bedömningen att det inte finns anledning av avsluta försöksverksamheten i de områden där man önskar fortsätta med denna.

Remissinstanserna: Samverkansutredningens förslag har bemötts positivt av nästan alla remissinstanser. Många remissinstanser understryker dock att förslaget inte automatiskt kommer att lösa samverkansproblemen men att utökade möjligheter för att åstadkomma en fördjupad samverkan skapas. *Riksförbundet för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna (FUB)* stödjer förslaget men pekar samtidigt på risken att samarbete i gemensam nämnd kan skapa en ökad oklarhet i ansvarsfrågan i den enskilda situationen. Även *Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)* framhåller risken för ökad oklarhet och vikten av att huvudmän som avser att samarbeta i gemensam nämnd noggrant analyserar vilka åtgärder som behöver vidtas för att oklarheter inte skall uppstå. *Landstinget i Västmanland* lyfter fram att bildandet av en gemensam nämnd riskerar att skapa otydlighet i relationen till medborgarna.

Skälen för regeringens förslag: Kommunerna har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Socialtjänstlagen (2001:453) reglerar kommunernas ansvar för insatser inom socialtjänsten för bl.a. äldre, personer med funktionshinder, barn och unga samt missbrukare. Enligt socialtjänstlagen har den som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt, rätt till bistånd för sin försörjning och till sin livsföring i övrigt. Den enskilde skall genom försörjningsstödet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet skall utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser är enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) delat mellan landstingen och kommunerna. Landstingen samt landstingsfria kommuner, dvs. numera endast Gotlands kommun, skall erbjuda hälso- och sjukvård till dem som är bosatta inom deras områden. Kommunerna har genom Ädel- och Psykiatireformerna under 1990-talet fått ett tydligt ansvar för hälso- och sjukvården för de som bor i särskilda boendeformer. Kommunerna ansvarar även för hälso-

och sjukvård för de som vistas i dagverksamhet. Landstingen ansvarar för hemsjukvården. Kommunerna har dock befogenhet att erbjuda hemsjukvård efter överenskommelse med landstinget. Kommunerna och landstingen har ett gemensamt ansvar för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. En skiljelinje mellan huvudmännens ansvarsområden är att kommunernas ansvar och befogenheter inte omfattar läkarvård.

Enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ansvarar landstingen för rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder. Kommunerna ansvarar för övriga stöd- och serviceinsatser, såsom personlig assistans, ledsagarservice, biträde av kontaktperson, avlösarservice i hemmet, m.m.

Huvudmannaskapsreformernas ambitioner ligger fast

Ett syfte med de huvudmannaskapsreformer som genomfördes inom vård- och omsorgsområdet under 1990-talet var att skapa ett tydligare ansvar för grupper med långvariga och sammansatta behov av vård och omsorg. Reformerna innebar dock att ett tidigare sammanhållet ansvar för hälso- och sjukvård delades vilket ställer krav på samordning och samverkan mellan de båda huvudmännen. Trots lokala samarbetsöverenskommelser och i många fall en fungerande samverkan finns det totalt sett ett behov av att stärka samverkan inom vården och omsorgen.

Regeringen klargjorde i propositionen (1999/2000:149) Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården att Ädelreformens ambition, att patienter med omfattande medicinska vårdbehov skall kunna få dessa tillgodosedda i boende och vardagsliv, skall kvarstå. Likaså fastställdes att Psykiatireformens huvudinriktning skall ligga fast. Regeringen vill än en gång upprepa dessa ståndpunkter och understryka vikten av att personer med långvariga vårdbehov skall kunna få dessa tillgodosedda inom ramen för sitt vardagsliv. Även ambitionerna i Handikappreformen om kommunernas grundläggande ansvar för insatser till personer med funktionshinder ligger fast.

Nuvarande möjligheter till samverkan i gemensam nämnd

Kommuner och landsting har sedan den 1 augusti 1997 med stöd av reglerna i 3 kap. 3 a § kommunallagen (1991:900) möjlighet att bilda gemensamma nämnder. En gemensam nämnd tillsätts i någon av de samverkande kommunerna eller landstingen och ingår i denna kommuns eller detta landstings organisation (värdkommun eller värdlandsting). Den gemensamma nämnden är, liksom övriga nämnder i en kommun eller ett landsting, en egen myndighet men inte en egen juridisk person. I stället verkar den gemensamma nämnden som företrädare för sina huvudmän. Varje samverkande kommun eller landsting skall således fortfarande vara huvudman för den eller de frågor som de har lagt på den gemensamma nämnden att sköta. En gemensam nämnd får fullgöra uppgifter för vilka det enligt särskilda författningar skall finnas en eller flera nämnder i varje kommun eller landsting. Sådana uppgifter som kommun- eller

landstingsstyrelsen har enligt lagen (1994:1720) om civilt försvar får dock inte fullgöras av en gemensam nämnd.

Den i praktiken största begränsningen när det gäller möjligheter för kommuner och landsting att tillsammans bilda gemensamma nämnder är att den gemensamma nämndens uppgifter måste vara en kommunal angelägenhet för var och en av de samverkande parterna. Det är endast inom avgränsade områden som kommuners och landstings kompetens sammanfaller. Som exempel kan nämnas att kommuner och landsting har bildat gemensamma nämnder för att i samverkan hantera hjälpmedelsfrågor.

Utökade möjligheter till samverkan i gemensamma nämnder

Med denna proposition vill regeringen stödja och stimulera en fortsatt kvalitetsutveckling av samverkan på vård- och omsorgsområdet. En bättre samordning förbättrar kvaliteten och servicen till de enskilda samtidigt som samhällets resurser används effektivare. Regeringen föreslår därför att kravet på att en uppgift skall falla inom de samverkande huvudmännens gemensamma kompetens tas bort.

Förutsättningarna för samverkan varierar mellan olika kommuner och landsting. Det är varken möjligt eller ens lämpligt att försöka finna rikstäckande modeller för hur samverkan skall organiseras. Möjligheten att bilda en gemensam nämnd innebär att samarbetsformerna kan anpassas efter lokala behov och förutsättningar.

Den gemensamma nämnden möjliggör samverkan i en offentlighetsrättslig form som tillåter att huvudmannskapet och det politiska inflytandet ligger kvar hos respektive part. Möjligheter ges också att avgränsa ansvarsområdet för den gemensamma nämnden så att nämnden inte behöver vara totalansvarig för ett helt område såsom all hälso- och sjukvård. En del av ansvaret för hälso- och sjukvården kan således ligga kvar hos huvudmännen i andra nämnder. Vidare möjliggör den gemensamma nämnden att personalen även fortsättningsvis kan vara anställd av respektive samverkande huvudman.

Samverkan beträffande tvångsvård

Samverkansutredningens förslag innebär att kommuner och landsting ges möjlighet att verka i en gemensam nämnd inom landstingens hälso- och sjukvård och tandvård, kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst samt kommunernas och landstingens verksamhet enligt LSS och lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. Insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten bygger normalt på att den enskilde begär den vård respektive de insatser han eller hon vill ha. Såväl landstingen som kommunerna har emellertid ansvar för tvångsvård i vissa fall. Samverkansutredningen föreslår att även tvångsvård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård samt smittskyddslagen (1988:1472) skall kunna ingå i en gemensam nämnds ansvarsområde.

Inom målgruppen för samverkan finns det enskilda som är i behov av olika former av tvångsvård. Utifrån ett brukarperspektiv förefaller det således olämpligt att avgränsa den gemensamma nämndens ansvarsområde till den frivilliga delen. Inom socialtjänsten kan det också vara svårt att dela upp förvaltningsorganisationen i en tvångsdel och en frivillig del eftersom dessa delar är integrerade i socialnämndens verksamhet inom individ- och familjeomsorgen. Regeringen anser att huvudmännen skall ges möjlighet att utveckla samverkansformerna med utgångspunkt från målgruppernas samlade behov. Kommunernas och landstingens befogenhet att samverka i en gemensam nämnd skall således även omfatta den tvångsvård som regleras i de ovan nämnda tvångslagarna. I denna befogenhet bör även ingå de uppgifter som landstingen svarar för enligt smittskyddslagen.

Hur fungerar samarbete i gemensam nämnd?

De samverkande huvudmännen avgör vilka områden, inom ramen för de i lagen uppräknade ansvarsområdena, nämnden skall ansvara för. Den gemensamma nämnden ingår i värdkommunens eller värdlandstingets organisation, men kan ses som en företrädare för de samverkande parterna. Den är inte en egen juridisk person vilket bl.a. innebär att den gemensamma nämnden inte själv kan anställa personal. Personalfrågan kan dock ordnas på flera sätt. En lösning kan vara att samtlig personal anställs av värdkommunen eller värdlandstinget. Finansieringen av den gemensamma nämndens verksamhet bestäms i den överenskommelse som träffas mellan huvudmännen.

En gemensam nämnds beslutanderätt omfattar, i likhet med andra kommunala nämnder, bl.a. frågor som rör förvaltningen. Tillskapandet av en gemensam nämnd medför en möjlighet för de samverkande kommunerna och landstingen att samordna sina förvaltningar. Utförlig information om den gemensamma nämndens organisation, arbetsformer och ekonomisk förvaltning ges i förarbetena till bestämmelserna i kommunallagen om gemensam nämnd, propositionen (1996/97:105) om kommunal samverkan.

Särskilt om sekretessfrågor i gemensam nämnd

Med gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet kan verksamheter som har ett naturligt samband med varandra föras samman. Ur sekretessynpunkt är verksamhetsområdena, t.ex. hälso- och sjukvården och socialtjänsten, att anse som självständiga i förhållande till varandra (jfr 1 kap. 3 § sekretesslagen [1980:100]). Det innebär att sekretessbelagda uppgifter som inhämtats i ett verksamhetsområde inte utan vidare kan lämnas till ett annat verksamhetsområde i en gemensam nämnd. Ett undantag från huvudregeln har gjorts genom Ädelreformen. Den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedöms i sekretesshänseende tillhöra samma verksamhetsområde. Det är inte fråga om verksamheter av olika slag och de är inte heller att betrakta som självständiga i förhållande till varandra (jfr prop. 1990/91:14 s. 85).

Frågan är hur sekretessbestämmelserna inverkar på möjligheterna att samverka i en gemensam nämnd. I sådan verksamhet där det ligger i den enskildes intresse att medverka i vården och där man kan förvänta sig att den enskilde lämnar samtycke till att information lämnas utgör sekretessbestämmelserna inte något hinder mot samverkan. I många fall kan också uppgifter som inte bedömts omfattas av sekretess lämnas mellan olika vårdinrättningar, t.ex. mellan landstingets primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården, om det sker i rent vårdsyfte. I vissa fall kan dock problem uppstå, t.ex. då samtycke krävs och den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd inte kan ta ställning i sekretessfrågan. Att i sådana fall lätta på sekretessen för att den enskilde skall få nödvändig vård, behandling eller annat stöd måste dock vägas mot den enskildes krav på integritetsskydd. Vid en sådan avvägning är regeringen, med hänsyn till den enskildes integritet, inte beredd att fristående från andra förslag på sekretessområdet föreslå en reglering som innebär lättnader i sekretessen. Sekretessfrågorna är inte specifika för den föreslagna gemensamma nämnden på vård- och omsorgsområdet. Regeringen avser därför avvakta Offentlighets- och sekretesskommitténs (dir 1998:32) översyn av sekretesslagen och möjligheterna att lämna sekretessbelagda uppgifter mellan och inom myndigheterna för vidare ställningstaganden.

Rättslig reglering

Samverkansutredningen har redovisat olika möjliga lösningar till rättslig reglering, men funnit att det mest lämpliga är att tillskapa en särskild lag som ger kommuner och landsting befogenhet att gemensamt fullgöra uppgifter i en gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Justitieombudsmannen (JO) har framfört synpunkten att den rättsliga regleringen kan kräva ytterligare överväganden och att det, om bestämmelserna införs i en särskild lag, i vart fall måste ges en hänvisning om detta i kommunallagen (1991:900). Även Kammarrätten i Stockholm har ifrågasatt lämpligheten i att tillskapa en särskild lag i stället för att införa en bestämmelse i kommunallagen.

Den aktuella rättsliga regleringen omfattar endast vård- och omsorgsområdet och inte de övriga områden som kommuner och landsting ansvarar för. Detta talar enligt regeringens bedömning emot att en författningsreglering förs in i kommunallagen. Regeringens bedömning är därför att en särskild lag bör inrättas. En hänvisning till den särskilda lagen bör dock göras i kommunallagen.

I den nya lagen föreskrivs i första paragrafen vilka uppgifter som får fullgöras genom samverkan i en gemensam nämnd. I den andra paragrafen klargörs att samverkan med stöd av denna lag förutsätter att uppgifter från såväl landstinget som kommunen eller kommunerna ingår i den gemensamma nämndens ansvarsområde. I den avslutande tredje paragrafen står att läsa att för den gemensamma nämnden gäller i övrigt bestämmelserna i kommunallagen (1991:900) om gemensam nämnd. I förarbetena till bestämmelserna i kommunallagen om gemensam nämnd, prop. 1996/97:105, klargörs grunderna för samverkan i gemensam nämnd. I propositionen diskuteras också frågan om representativitet och möjligheter som kan utnyttjas för att ge de politiska minoriteterna insyn och

inflytande. Regeringen vill återigen betona att denna fråga är viktig i enlighet med vad som framhålls i propositionen.

Prop. 2002/03:20

Försöksverksamheten med kommunal primärvård

Utgångspunkten för regeringens förslag om utökade möjligheter till samverkan i gemensam nämnd är att de principer för ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting som lagts fast genom reformerna under 1990-talet skall fortsätta att gälla. Med stöd av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård (försökslagen) har vissa kommuner på försök övertagit huvudmannskapet för primärvården. Försökens syfte var att ge underlag för ett ställningstagande om ansvaret för primärvården skulle överföras till kommunerna. Försökslagens giltighetstid har förlängts vid flera tillfällen och gäller nu fram till utgången av år 2003.

Samverkansutredningen konstaterar att förslaget om gemensam nämnd kan vara ett alternativ till den verksamhetsöverföring som ägt rum inom ramen för primärvårdsförsöken. Förslaget har också ett tydligare fokus på samverkan och samarbete än vad ett överförande av huvudmannskapet har. Samverkansutredningen gör dock bedömningen att det inte finns någon anledning att avsluta försöksverksamheten i de områden där man önskar fortsätta med denna.

Regeringen kan konstatera att det numera endast återstår ett område, Katrineholms kommun, där primärvården drivs av kommunen enligt försökslagen. Katrineholms kommun och Landstinget Sörmland har förklarat att de är överens om att fortsätta driva primärvården lokalt, lämpligen i form av en gemensam nämnd. Mot denna bakgrund anser regeringen att försökslagen inte bör förlängas ytterligare.

Överlåtelse av huvudmannskap

Landstingens respektive kommunernas befogenheter och åligganden inom vård- och omsorgsområdet framgår huvudsakligen av olika speciallagar såsom HSL och socialtjänstlagen. Landsting och kommuner kan inte utan uttryckligt lagstöd överlåta huvudmannskapet för sina respektive ansvarsområden mellan varandra.

I vissa fall finns det emellertid redan nu en möjlighet för kommunerna och landstingen att överlåta ansvaret för uppgifter på vård- och omsorgsområdet till varandra. Ett exempel är uppgifter enligt LSS, där landstinget normalt har ansvaret för insatsen råd och stöd, medan kommunerna svarar för övriga insatser. Ett landsting och en kommun som ingår i landstinget får emellertid träffa avtal om att ansvar för en eller flera insatstyper överläts från kommunen till landstinget eller vice versa (17 § LSS). Enligt 18 § HSL har landstingen också möjlighet att till kommunen överlåta ansvaret för hemsjukvård, dock inte läkarvård, och för vissa förbrukningsartiklar samt för hjälpmedel till funktionshindrade. I fråga om hemsjukvård och förbrukningsartiklar krävs dock regeringens medgivande.

Samverkansutredningen har behandlat frågan om kommuner och landsting bör ges ytterligare möjligheter att överlåta ansvaret för olika

verksamheter till varandra och kommit fram till att det i nuläget inte finns förutsättningar att införa en sådan generell möjlighet med hänsyn till de ingående överväganden utifrån kvalitets- som strukturaspekter som måste göras. Regeringen delar samverkansutredningens uppfattning och vill särskilt framhålla att förslaget om utökad samverkan i gemensamma nämnder ger huvudmännen möjligheten att gemensamt ta ansvar för verksamheter som har ett naturligt samband med varandra.

6 Planering och samverkan med den enskilde i centrum

6.1 Stöd till den enskilde genom vårdkedjan

Regeringens bedömning: Det bör inte införas någon ytterligare samordningsfunktion inom vård- och omsorgsområdet för att tillgodose den enskildes behov av att olika insatser för honom eller henne samordnas på ett tillfredsställande sätt.

Samverkansutredningens bedömning: Samverkansutredningen har övervägt möjligheten att föreslå en skyldighet för huvudmännen att inrätta en funktion med ett tydligt samordningsansvar för den enskildes samlade vårdbehov, dvs. en ”lots” som hjälper till att överbrygga passagen mellan huvudmännen. Samverkansutredningen gör bedömningen att nya lagbestämmelser inte löser de samordningsproblem som föreligger. Huvudmännen måste dock ta ett tydligt och gemensamt ansvar för den enskildes väg genom vårdkedjan. Huvudmännen är därvid oförhindrade att på frivillig grund skapa en sådan gränsöverskridande funktion eller att använda befintliga stödfunktioner i lagstiftningen. Huvudmännen behöver också vidareutveckla gränsöverskridande synsätt kring styrning, verksamhetsplanering och uppföljning med utgångspunkt från den enskilde brukarens behov.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser instämmer i samverkansutredningens bedömning. *Handikappförbundens samarbetsorgan (HSO)* menar att redan befintliga instrument ger huvudmännen möjligheter att finna fungerande gemensamma lösningar. *Förbundet för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna (FUB)* betonar vikten av att en ökad tyngd och större engagemang läggs på redan befintliga bestämmelser som skall underlätta för den enskilde i vårdkedjan. *Pensionärernas Riksorganisation (PRO)* anser dock att existerande stödfunktioner inte är fullt tillämpningsbara som stöd för äldre personer och att huvudmännen därför bör få en skyldighet att införa en ”lots”-funktion. Likaså anser *Vårdförbundet* att det är angeläget att stärka patienter med en komplicerad sjukdomsbild och behov av många insatser, t.ex. en del äldre personer, genom en skyldighet för huvudmännen att utse en samordnare som stöder patienten.

Skälen för regeringens bedömning: För människor med stora, långvariga och sammansatta behov av vård, omsorg, stöd och service utgör brister i samverkan och i samordning av insatserna ett påtagligt hinder. Många äldre personer har under den sista delen av livet ett stort behov av

personlig omvårdnad i kombination med kvalificerade medicinska insatser, vilka landsting och kommun tillsammans har ett ansvar för. För enskilda och anhöriga krävs väl fungerande rutiner för informationsöverföring, vårdplanering och kvalitetssystem som omfattar hela vårdkedjan och som bygger på den enskildes medverkan. Personer med funktionshinder har ofta behov av omfattande stöd från flera håll under lång tid av sitt liv eller i många fall hela livet. För dem liksom för familjer med funktionshindrade barn är behovet av samordning och ett nära samarbete mellan olika huvudmän och handläggare särskilt framträdande. Inte sällan får den enskilde själv eller anhörig uppgiften att vara informationsbärrare trots att ansvaret för informationsöverföring och samordning ligger hos myndigheterna. Bl.a. visade Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder (SOU 1999:20) att många tvingas att ta reda på vilket stöd som finns och vilka regler som gäller och själva samordna insatserna.

Regeringen anser att det är ett viktigt och självklart krav att en samordnad planering genomförs och dokumenteras och att den enskilde får det personliga och individuellt utformade stöd som han eller hon behöver. Planen skall utgöra ett konkret och strukturerat hjälpmedel för samordning och bidra till att den enskilde ges ökat inflytande över stödet och den egna tillvaron. Av planen skall det tydligt framgå vem som är ansvarig för de olika insatser som ingår och vem som ansvarar för samordningen av dessa. Den företrädare som ges ansvar för samordningen skall utgöra ett stöd till den enskilde med fokus på att överbrygga passagen mellan huvudmän, vårdnivåer och vårdgivare. Ansvarig företrädare måste också vara lätt att komma i kontakt med för såväl den enskilde som dennes anhöriga och närstående. Det är vidare viktigt att betona att den samordnade planeringen skall präglas av lyhördhet inför den enskilde och de behov denne uttrycker. Detta innebär också att den enskildes bedömning av sitt behov av samordning bör vara vägledande i kontakten och planeringen tillsammans med huvudmännen. Genom dialog, där såväl den enskilde som företrädare för berörda enheter medverkar, kan gränsdragningskonflikter undvikas. Den enskildes inflytande samt en tydlig målsättning och ansvarsfördelning utgör förutsättningar för att genomförandet skall fungera och ge önskat resultat. Lyhördhet, respekt, inflytande och samverkan med den enskilde i centrum måste vara en självklarhet i det dagliga arbetet.

Befintliga stöd för den enskilde

Samverkansutredningen konstaterar att det med dagens system och lagstiftning går att finna former för ett praktiskt vårdkedjetänkande och ett gränsöverskridande synsätt där den enskildes behov utgör ledstjärna. Lösningen på samverkans- och samordningsproblem bör enligt samverkansutredningen inte sökas i fler bestämmelser i lagstiftningen eller i införandet av nya rättigheter. Behovet av personligt stöd och samordning har uppmärksammats i flera lagar, t.ex. lagen (1993:387) om stöd och särskild service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL). Nedan följer en beskrivning av funktioner som inrättats med syfte att stärka den enskilde.

Sjukvårdshuvudmännen skall enligt 3 b och 18 b §§ HSL planera habilitering, rehabilitering och tillhandahållande av hjälpmedel i samverkan med den enskilde. Planen bör utgå från den enskildes egna mål och intressen och omfatta de olika behov som kan tillgodoses genom insatser från flera olika kompetensområden och genom flera verksamheter. Syftet är bl.a. att skapa en samordning av insatserna, tydliggöra vem som ansvarar för att de genomförs och när det skall ske. Inom hälso- och sjukvården vilar samordningsansvaret på den patientansvarige läkaren (PAL).

I samband med att en insats beviljas enligt LSS kan den enskilde som tillhör personkretsen enligt 10 § LSS hos kommunen eller landstinget begära att en individuell plan med såväl planerade som beslutade insatser upprättas i samråd med honom eller henne. I planen skall även redovisas åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen skall fortlöpande och minst en gång om året omprövas. Kommunen och landstinget skall underrätta varandra om upprättade planer.

Enligt 5 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453) skall planer upprättas när ett barn behöver vårdas i ett annat hem än det egna. Planen skall upprättas för den vård som socialnämnden avser att anordna samt uppta åtgärder och insatser som andra huvudmän har ansvar för. I övrigt finns inte någon direkt motsvarighet till begreppet individuell plan. Socialnämnden har dock ett ansvar för att bl.a. barn, personer med funktionshinder, äldre och missbrukare får det stöd de behöver. Insatserna skall också utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Det finns heller ingenting som hindrar att huvudmännen tillsammans med den enskilde upprättar individuella planer även inom socialtjänsten eller inom andra områden där reglering av sådana planer saknas. Patienter som är intagna för vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) har enligt bestämmelser i dessa lagar rätt att få en stödperson med uppgift att bistå patienten i personliga frågor. Det personliga stödet skall pågå så länge tvångsvård ges och upp till fyra veckor efter vårdtidens avslutande. Enligt 3 kap. 6 § i socialtjänstlagen kan stödpersonens åtagande efter det att tvångsvården upphört övergå till ett uppdrag som kontaktperson.

Psykiskt funktionshindrade har liksom personer med andra sammansatta funktionshinder behov av samordning och kontinuitet i insatserna. Olika modeller för "case management" har utvecklats i många länder. Den svenska motsvarigheten, personliga ombud, prövades som försöksverksamhet i samband med psykiatrireformen. Regeringen har därefter gett Socialstyrelsen i uppdrag att samordna en nationell uppbyggnad och utveckling av verksamheten. Ett statsbidrag utgår med 90 miljoner kronor per år för denna verksamhet. Kommunerna ansvarar för verksamheten men kan välja att lägga ut den på entreprenad till t.ex. en intresseorganisation eller ett kooperativ. I Socialstyrelsens uppdrag ingår att följa hur verksamheten utvecklas och vilka effekter den får. Om det i uppföljningen visar sig att nuvarande lagstiftning inte är tillräcklig får regeringen ta ny ställning i denna fråga.

Samverkansutredningen pekar i sitt betänkande på de omfattande insatser som utförs av anhöriga, vänner och närstående samt personer som gör insatser inom frivilligorganisationer. Regeringen vill framhålla att planeringen och utformningen av stödet samt samordningen måste ske på ett sådant sätt att dessa kan avlastas sin roll som samordnare och lots i

kontakterna med myndigheterna och istället få ägna sin tid åt att vara just anhörig, vän eller närstående.

Handikapputredningen föreslog i sitt betänkande Handikapp, Välfärd och Rättvisa (SOU 1991:46) att kontaktpersonens uppgifter skulle vidgas. Kontaktpersonen skall kunna bistå vid samordningen mellan olika organ och ta kontakter för att hjälpa den enskilde. Regeringen avstod vid införandet av LSS från att vidga uppgifterna på detta sätt med motiveringen att det kunde leda till oklarheter i rollfördelningen. Samverkansutredningen nämner också kontaktpersonerna enligt LSS och socialtjänstlagen som exempel på funktioner som kan axla rollen som sådana lotsar. Regeringen vill dock betona att huvuduppgiften för dessa kontaktpersoner skall vara att finnas som medmänniska och hjälpa till att bryta den enskildes isolering genom samvaro och hjälp till fritidsverksamhet. Regeringen gör återigen bedömningen att kontaktpersonen fyller en mycket viktig funktion i sin nuvarande roll och att inriktningen därför inte bör ändras.

Framtida utveckling

Med möjligheterna att inrätta en gemensam nämnd mellan kommuner och landsting skapas formella förutsättningar att fördjupa samverkan under en politisk ledning och med en gemensam finansiering. Därigenom ges också bättre förutsättningar för samsyn och gemensam organisation på områden som ligger nära varandra och där en ökad helhetssyn behövs. Lämpliga samverkansområden kan vara verksamheter som gäller särskilt utsatta grupper, t.ex. barn och unga med psykiska problem, vissa äldre, missbrukare eller personer med funktionshinder.

Regeringen instämmer i samverkansutredningens bedömning att nya lagbestämmelser om en "lots"-funktion inte löser de samordningsproblem som finns. Utrymme för samverkan och samordning finns och ytterligare möjligheter ges genom förslaget om gemensamma nämnder. Huvudmännen måste dock ta ett tydligt och gemensamt ansvar så att den enskilde får det stöd som han eller hon behöver. Genom möjligheten att inrätta en gemensam nämnd skapas exempelvis förutsättningar att inrätta lokala s.k. äldreombudsmän eller en liknande funktion inom vård och omsorg vars funktion kan vara att följa upp enskilda ärenden, hantering av klagomål m.m. Regeringen förutsätter vidare att huvudmännen utnyttjar de möjligheter som finns till att upprätta planer som tydligt visar vilka insatser som skall ges samt vem som är ansvarig för utförandet respektive samordningen av dessa.

6.2 Förändrat kommunalt betalningsansvar

Regeringens förslag: Förslaget innebär ändringar i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Uttrycket "medicinskt färdigbehandlad" ersätts med "utskrivningsklar". Kommunens betalningsansvar för utskrivningsklara patienter knyts till att en gemensam vårdplan upprättas. När en patient skrivs in i landstingets slutna hälso- och sjukvård skall ett inskrivningsmeddelande skickas till kommunen och/eller landstingets öppna hälso- och

sjukvård, om behov av vård eller omsorg efter utskrivningen bedöms föreligga. Den behandlande läkaren kallar till en vårdplanering. Planeringen skall påbörjas senast dagen efter att kallelsen mottagits. Senast dagen före beräknad utskrivning skall de enheter som svarar för efterföljande vård eller omsorg få ett meddelande om utskrivningen. Medverkar inte en kommun vid upprättandet av en vårdplan kan betalningsansvar ändå inträda. Kan de insatser som landstinget ansvarar för enligt vårdplanen inte utföras inträder inte något betalningsansvar för kommunen. Förutsättningarna för betalningsansvar för slutna psykiatrisk vård skall i huvudsak motsvara vad som gäller för somatisk akut-sjukvård och geriatrisk vård.

Förslaget i Svenska Kommunförbundets och Landstingsförbundets rapport: Överrensstämmer i stora delar med regeringens förslag. I rapporten föreslås också att det medicinska ansvaret för patienten skall ligga kvar på läkare på den enhet patienten skrivs ut från till dess att ansvarig läkare förväntat sig om att patienten blivit omhändertagen av läkare i öppen vård.

Remissinstanserna: Förslagen om ändringar i betalningsansvarslagen bemöts i huvudsak positivt av remissinstanserna. Att betalningsansvaret knyts till en samordnad vårdplanering och att ansvarfördelningen mellan kommun och landsting tydliggörs framhålls som särskilt positivt. När det gäller vårdplaneringen pekar några remissinstanser, bl.a. *Pensionärernas riksorganisation (PRO)*, på att det är viktigt att den enskilde själv är delaktig. Flera remissinstanser, däribland *Justitieombudsmannen (JO)*, är kritiska till underrättelseskyldigheten vid intagningen till den slutna hälso- och sjukvården. JO ifrågasätter om en sådan bestämmelse inte är alltför långtgående och framhåller att det ur integritetssynpunkt är viktigt att den enskilde ges möjlighet att avböja att sådan information lämnas. I förslagen tas enligt *Sveriges läkarförbund* och *Socialstyrelsen* inte tillräcklig hänsyn till de mycket korta vårdtiderna på bl.a. de akutmedicinska klinikerna och att utskrivning sker under veckans alla dagar. Flera remissinstanser, bland annat Socialstyrelsen, uttrycker att det är positivt att särreglerna när det gäller betalningsansvar för patienter inom den psykiatriska vården försvinner. Betalningsansvaret bör dock enligt bland annat Socialstyrelsen även vid sådan vård inträda efter samma tidsfrist som gäller i övrigt.

Skälen för regeringens förslag: Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (betalningsansvarslagen) infördes som en del av Ädelreformen. Genom lagen blev kommunerna betalningsansvariga dels för patienter som vårdas inom somatisk långtidssjukvård, dels för patienter inom den somatiska akutsjukvården och den geriatriska vården som inte längre är i behov av den specialiserade vård som ges där. Betalningsansvarets syfte var bl.a. att kommunerna skulle få ett samlat ekonomiskt ansvar för långvarig vård, oavsett var den bedrevs. Betalningsansvaret för de medicinskt färdigbehandlade tillkom på Socialutskottets initiativ.

I samband med Psykiatireformen utvidgades kommunernas betalningsansvar till att även omfatta medicinskt färdigbehandlade patienter som har vårdats sammanhängande i mer än tre månader i slutna psykiatrisk vård. Kommunerna och landstinget skulle förmås att genom ökad

samverkan använda tillgängliga resurser på ett bättre sätt och att främja en utveckling av anpassade boendeformer för dessa grupper.

Betalningsansvarslagen har kritiserats utifrån synpunkten att tolkningen av begreppet medicinskt färdigbehandlad ofta har påverkats av patienttillströmningen till kliniken och de där tillgängliga resurserna. Läkaren har enskilt avgjort om en patient kan anses medicinskt färdigbehandlad och patienter med kvarstående vård- och omsorgsbehov har skrivits ut utan att det har varit klarlagt om kommunens socialtjänst och landstingens primärvård har kunnat tillgodose patientens fortsatta behov. Detta har i sin tur medfört att personer som skrivits ut efter en kort tid åter kommit till sjukhusens akutmottagningar för att på nytt läggas in.

Kommittén om vård i livets slut föreslog i sitt slutbetänkande Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut (SOU 2001:6) att kommunernas betalningsansvar inte skulle omfatta patienter i livets slutskede. Kommittén ansåg att begreppet ”medicinskt färdigbehandlad” var stötande när det gällde döende patienter. Krav på förändrade regler för betalningsansvar med avseende på den psykiatriska vården och omsorgen har också framförts. I Valförhållanden och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform (1999:1) ansåg Socialstyrelsen bl.a. att regeringen borde överväga att förändra betalningsansvarslagen så att den s.k. tremånadersregeln avskaffas och ersätts med den annars brukliga femdagarsregeln. Bakgrunden var att andra än de patienter som ges psykiatrisk tvångsvård sällan omfattas av det kommunala betalningsansvaret eftersom vårdtiderna inom den slutna psykiatriska vården ofta understiger tre månader. Även Barnpsykiatrikommittén har i sitt slutbetänkande Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem (SOU 1998:31) framfört kritik mot betalningsansvarslagen och uttryckt att den borde ses över så att full klarhet om vem som skall betala när ett barn inte längre behöver sluten psykiatrisk vård men inte kan vistas i det egna hemmet kan uppnås.

Regeringen kan konstatera att kritiken mot betalningsansvarslagen i allmänhet riktas mot samordningen i samband med att personer skrivs ut från slutenvården. Nuvarande lagstiftning och Socialstyrelsens tillämpningsföreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:32) om informationsöverföring och samordnad vårdplanering har inte gett ett tillfredsställande resultat med hänsyn till den enskildes behov av en samordnad och sammanhållen vård- och omsorgskedja. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundets förslag till ändringar när det gäller det kommunala betalningsansvaret för s.k. medicinskt färdigbehandlade patienter innebär i huvudsak att ett kommunalt betalningsansvar bara kan bli aktuellt om det finns en vårdplan för patientens fortsatta vård och omsorg eller om kommunen inte medverkar till att en vårdplan upprättas. Regeringen delar de båda förbundens uppfattning att det är angeläget att samarbetet kring de patienter som berörs förbättras så att en samordnad vårdplanering verkligen kommer till stånd. Regeringen anser också att förslaget om förändrade regler för det kommunala betalningsansvaret ger huvudmännen incitament att utveckla former för en gemensam och samordnad vårdplanering.

Det är viktigt att betona att bristerna i vården och omhändertagandet efter utskrivningen från sjukhuset inte enbart kan hänföras till kommunens ansvarsområde. Enligt förslaget i de båda förbundens rapport skall

kommunen inte heller bli betalningsansvarig om fortsatt vård måste ges vid sjukhuset på grund av att patientens behov av öppenvård inte kan tillfredsställas. Regeringen delar denna uppfattning.

Även det i lagen förekommande begreppet ”medicinskt färdigbehandlad” har blivit kritiserat, inte minst mot bakgrund av att de patienter som avses inte sällan har ett kvarstående behov av fortsatt medicinsk vård. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har mot denna bakgrund föreslagit att begreppet skall ersättas med ”utskrivningsklar” som språkligt bättre uttrycker vilka patienter som avses. Regeringen anser i likhet med förbunden att begreppet medicinskt färdigbehandlad skall ändras till utskrivningsklar så att det tydliggörs att fortsatta vård- och omsorgsinsatser kan bli aktuella.

Vårdplaneringen utgår från den enskilde

Insatser från hälso- och sjukvården bygger på att den enskilde accepterar de erbjudanden om olika insatser som kan ges. Att patientens autonomi och integritet respekteras är grundläggande för all vård och omsorg. Kan en vårdplanering inte genomföras på grund av att patienten inte vill detta, skrivs patienten ut när läkaren bedömer att hon eller han är utskrivningsklar. I en sådan situation blir kommunen naturligtvis inte betalningsansvarig.

En förutsättning för att information får överföras och kontakt tas med andra vårdgivare för en samordnad vårdplanering är att patienten begärt, eller bedöms ha behov av, insatser från den kommunala hemtjänsten eller annan vårdgivare. Patienten skall också ha samtyckt till att uppgifter om honom eller henne lämnas ut. Samtycket skall avse det tillfälle då kontakt tas. Samtycket kan lämnas för ett visst givet tillfälle eller för varje kontakt som behöver tas framöver. Det är viktigt att då uppgift om patienten skall utlämnas göra klart för sig att samtycket avser utlämnandet av just denna uppgift.

I de fall patientens tillstånd medför att han eller hon inte kan lämna samtycke kan kontakt tas med närstående för att få en uppfattning om patientens inställning. I de fall möjlighet helt saknas att utröna patientens uppfattning måste en bedömning göras om information ändå kan lämnas ut och erforderliga kontakter tas. Detta kan ske om det kan antas att patienten inte skulle ha något att invända mot att få erforderlig vård och omsorg och att det står klart att patienten eller dennes närstående inte lider men av att uppgifter lämnas ut.

Enligt förslaget från Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet skall läkaren redan vid intagningen eller senare om behov uppstår i ett s.k. inskrivningsmeddelande underrätta de enheter som kan bli aktuella för hjälpinsatser sedan patienten skrivits ut. Som ett undantag från principen om att patienten skall lämna samtycke till att uppgifter lämnas ut föreslås att vissa personuppgifter får överlämnas till kommunen utan att patienten behöver höras. Som ovan anförts har detta förslag vid remissbehandlingen kritiserats av bl.a. JO som anser att det ur integritetsynpunkt är viktigt att den enskilde ges möjlighet att avböja att sådan information lämnas. Vid intagningen till sjukhuset är många patienter dock ur stånd att ta ställning till om uppgifter om dem får överföras till enheter i den öppna vården eller omsorgen och det kan vara svårt att ta

reda på patientens inställning på annat sätt. Uppgifter om personnummer får enligt 22 § personuppgiftslagen (1998:204) behandlas utan samtycke bara när det är klart motiverat med hänsyn till något beaktansvärt skäl, t.ex. ändamålet med behandlingen eller vikten av en säker identifiering. Syftet med ett inskrivningsmeddelande är att underrätta om att en viss individ kan komma att vara i behov av fortsatta insatser. De personuppgifter som kan förekomma i ett sådant meddelande är endast namn, personnummer och adress. Det finns fördelar med att på ett tidigt stadium kunna underrätta kommunen om att en patient kan komma att behöva insatser. Regeringen har också erfarit att inskrivningsmeddelanden i praktiken redan förekommer. Regeringen delar mot denna bakgrund de båda förbundens uppfattning att det är motiverat att den behandlande läkaren i samband med inskrivningen underrättar de enheter som kan bli aktuella för hjälpinsatser efter utskrivningen och att vissa uppgifter utan hinder av sekretess får överlämnas till kommunen.

Informationsöverföring får endast ske i de fall det är nödvändigt med hänsyn till vårdbehovet. Det är viktigt att framhålla att informationsöverföringen mellan huvudmännen måste ske med respekt för patienten. Med ett synsätt som präglas av att den enskilde brukaren sätts i centrum kan individens rätt till integritet säkerställas utan att den informationsöverföring som krävs för att kunna erbjuda en väl anpassad vård- och omsorg omöjliggörs.

För att vårdplaneringen skall kunna ligga till grund för att en kommun blir betalningsansvarig för fortsatt sjukhusvård måste det tydliggöras vilka krav som kan ställas på parterna. Förslaget i de båda förbundens rapport innebär delvis en skärpning i förhållande till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd i ämnet. Den behandlande läkaren vid sjukhuset skall vara ansvarig för att kallelse till vårdplanering sker. Vårdplaneringen skall påbörjas senast dagen efter kallelsen och klarlägga patientens behov av insatser från såväl kommunen som landstingets öppenvård samt vilken enhet som svarar för respektive insats. Dagen innan patienten skrivs ut skall ett s.k. utskrivningsmeddelande tillställas de enheter som skall svara för fortsatt vård och omsorg om patienten enligt vårdplanen. Erforderlig information om patienten skall meddelas de enheter som skall svara för patientens fortsatta vård efter utskrivningen. Regeringens förslag ansluter till denna modell. I detta sammanhang är det också viktigt att påpeka vikten av att tydliga rutiner skapas för informationsöverföringen. I det dagliga arbetet kommer i praktiken ofta olika aktörer i vårdteamet omkring patienten att svara för att vårdplanering och kallelse till vårdplanering sker. I de fall ansvar delegeras, exempelvis den behandlande läkarens ansvar för att kallelse till vårdplanering sker, bör det finnas tydliga rutiner för hur en delegering till exempelvis en ansvarig sjuksköterska eller en annan befattningshavare skall ske.

Kommunernas betalningsansvar för patienter i slutenvård psykiatrisk vård

När det gäller psykiatrisk slutenvård kan kommuner i dag endast bli betalningsansvariga för patienter som vårdats sammanhängande mer än tre månader i slutenvård psykiatrisk vård. Kravet på att slutenvården skall ha pågått minst tre månader innebär att betalningsansvaret idag i stort sett bara omfattar patienter som tvångsvårdas enligt lagen (1991:1128) om

psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Andra patienter, t.ex. sådana som vårdas vid återkommande tillfällen eller nyinsjuknade patienter, omfattas sällan av det kommunala betalningsansvaret eftersom vårdtiden i psykiatrisk slutenvård ofta understiger tre månader. Förhållandena både när det gäller vårdtider inom psykiatrin och när det gäller utbyggnaden av kommunala stödformer för psykiskt funktionshindrade har förändrats mycket sedan det kommunala betalningsansvaret för vissa patienter inom den slutna psykiatriska vården infördes. Regeringen anser i likhet med Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet att särbestämmelserna för psykiatrisk vård inte längre är motiverade. Det skall inte krävas att patienten har vårdats viss tid inom den slutna psykiatriska vården för att kommunen skall bli betalningsansvarig för fortsatt vård.

Enligt förslaget från de båda förbunden skall dock betalningsansvaret för utskrivningsklara patienter inom den slutna psykiatriska vården inte kunna inträda förrän tidigast trettio vardagar efter kallelse till vårdplanering, dvs. en längre tidsfrist än vad som gäller för annan slutna vård. Huvudmännen behöver längre tid för kartläggning och planering för att kunna erbjuda boende som utgår från och är anpassade till de psykiatriska patienternas samlade behov.

Denna skillnad har kritiserats av bland annat Socialstyrelsen. Regeringen delar uppfattningen att reglerna när det gäller kommunalt betalningsansvar för psykiatrisk vård så långt som möjligt bör motsvara vad som gäller för somatisk vård. Inriktningen är att den offentligt finansierade vården och omsorgen skall utformas med stöd av entydiga och enhetliga regler. Förutsättningarna för att tillhandahålla särskilda boenden och andra insatser för patienter inom psykiatrin och inom den somatiska vården är dock olika. Det kan också vara svårare att genomföra en realistisk och genomförbar planering för psykiatrins patienter än för patienter i somatisk vård. Tidpunkten för när betalningsansvaret skall inträda bör därför enligt regeringens mening än så länge vara olika.

Konsekvenserna för huvudmännen

Överbelastning inom vissa verksamheter inom hälso- och sjukvården behöver inte bero på att det är just den drabbade verksamheten som är underdimensionerad. Ofta visar sig brister inom ett verksamhetsområde som överbelastningar i andra verksamheter. Ett typiskt exempel på detta är just de förhållanden som betalningsansvarslagen skulle råda bot på. Under tiden före Ädelreformen och innan utbygganden av de kommunala vård- och omsorgsformerna upptogs en mycket stor del av platserna på sjukhusen av patienter som inte längre behövde sjukhusens specialiserade vård. Vårdtider inom akutsjukvården på över ett år förekom vilket innebar att enskilda fick tillbringa lång tid i miljöer som var illa anpassade för dem. Det kommunala betalningsansvaret infördes för att skapa ekonomiska incitament för kommunerna att bygga ut sin omsorgsverksamhet. De problem som då fanns, framförallt med långa vårdtider inom den somatiska akutsjukvården, har i princip försvunnit.

I samband med den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) genomfördes satsningar för att stärka primärvården i landstingen och kommunerna (se kapitel 4). Ge-

nom dessa satsningar kommer den nuvarande obalansen mellan primärvårdens åtagande och dess resurser att minska. Det övergripande syftet med handlingsplanen var att åstadkomma positiva effekter för hälso- och sjukvården som helhet, dvs. att skapa bättre förutsättningar för primärvården i landsting och kommuner och den specialiserade vården vid och utanför sjukhus att i samverkan förbättra vårdens kvalitet och tillgänglighet.

Genom ändringarna i betalningsansvarslagen och satsningarna på primärvården kommer huvudmännen på ett bättre sätt att kunna använda sina resurser vilket skapar förutsättningar för att öka kvaliteten i vården och omsorgen. Regeringen bedömer därför att förslaget kommer att ge positiva konsekvenser, såväl ekonomiskt som kvalitetsmässigt, för huvudmännen och samhället i stort.

7 Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården

Regeringens bedömning: Det gemensamma utvecklingsarbete som bedrivs i kommuner och landsting har förutsättningar att utöka och förbättra läkarnas medverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. Därutöver skapar förslagen om samverkan i gemensam nämnd (se avsnitt 5) samt om gemensam vårdplanering enligt betalningsansvarslagen (se avsnitt 6.2) möjligheter till en tätare kontakt mellan läkare, patienter och personal i såväl särskilda boenden som dagverksamheter. Frågan om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården kommer att utredas vidare inom ramen för en utvärdering av vården och omsorgen om äldre.

Samverkansutredningens förslag: Kommunerna får befogenhet att tillhandahålla läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Detta innebär dock ingen förändring av landstingens skyldighet att tillhandahålla sådana insatser på området.

Remissinstanserna: De allra flesta remissinstanser instämmer med samverkansutredningen om att läkarinsatserna inom den kommunala vården och omsorgen måste förbättras. De flesta remissinstanser avvisar dock eller är tveksamma till förslaget att ge kommunerna befogenhet att själva tillhandahålla läkarinsatser. Många remissinstanser framhåller att detta skulle medföra en risk för oklarhet i uppgiftsfördelningen mellan huvudmännen. *Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet* avvisar förslaget med motiveringen att det gemensamma utvecklingsarbete som bedrivs i kommuner och landsting för att förbättra läkarnas medverkan i den kommunala hälso- och sjukvården påverkas negativt. Samtliga landsting och en övervägande majoritet av kommunerna avvisar förslaget. *Botkyrka kommun* menar dock att förslaget skulle kunna leda till kvalitetsförbättringar, men framhåller att det skulle ställa krav på att kommunerna ges förutsättningar att klara finansieringen. *Socialstyrelsen* tillstyrker samverkansutredningens förslag men framhåller att ett lyckat genomförande förutsätter att det upprättas samarbetsformer för hur de båda huvudmännen skall agera. Om detta inte sker blir risken stor att det

uppkommer parallella organisationer med otydliga ansvarsområden. *Vårdförbundet, Sveriges Läkarförbund och Sveriges Socionomers Riksorganisation (SSR)* är positiva till samverkansutredningens förslag.

Skälen för regeringens bedömning: Genom Ädelreformen övertog kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård för personer i särskilda boendeformer och i dagverksamheter. Kommunerna fick också möjlighet att driva hemsjukvård i ordinärt boende efter överenskommelse med landstinget. Landstingen gavs dock fortsatt ansvar för läkarinsatser. Tuddelningen av det medicinska ansvaret har inte varit oproblematiske. Bristande tillgång till läkare i särskilda boenden och inom hemsjukvården har uppmärksamats, bl.a. i samband med Socialstyrelsens utvärdering av Ädelreformen (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:2). Bristerna har t.ex. avsett en otillräcklig direktkontakt mellan läkare och patient och svårigheter för de boende att få hembesök av en läkare. I takt med att vården och omsorgen om äldre blivit allt mer medicinskt och omvårdnadsmässigt krävande framträder behoven av ökad tillgänglighet till och medverkan av läkare i kommunens primärvård allt tydligare. Det gäller både i behandlingen av enskilda patienter och beträffande stödet till verksamhetsutveckling och kvalitetsarbete. Bristande läkarmedverkan leder ofta till en ökad belastning på övrig hälso- och sjukvårdspersonal samt på undersköterskor och vårdbiträden inom kommunens äldreomsorg.

Medvetenheten om behovet av läkarmedverkan i den kommunala primärvården har ökat. Flera initiativ har också tagits på central och lokal nivå för att förbättra situationen. På många håll i landet finns avtal som reglerar samarbetet på olika nivåer. I en studie som Socialstyrelsen genomförde våren 2001 (Läkarmedverkan i kommunal äldreomsorg – Samverkansavtal mellan kommun och landsting) framgår att det i ungefär hälften av landets kommuner har slutits avtal med landsting avseende läkarmedverkan inom äldreomsorgen. Avtalen reglerar ömsesidiga krav och förväntningar beträffande läkarmedverkan.

Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet genomförde 2000 ett gemensamt projekt kring läkarmedverkan inom kommunal vård och omsorg för äldre med syfte att tydliggöra och utveckla innehållet i läkarinsatserna för att bättre tillgodose behovet av läkarmedverkan. Förbunden identifierade ett antal områden som bör täckas in i samarbetsavtal om läkarmedverkan. Bakgrunden till projektet var de s.k. Dagmaröverenskommelserna mellan staten och landstingen för åren 1999 och 2000. I överenskommelserna utlovades en utökad satsning från landstingen för att komma till rätta med bristerna i läkarinsatserna i den kommunala hälso- och sjukvården.

En förbättrad läkarmedverkan är ett prioriterat område för det arbete som sker inom ramen för den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Enligt det avtal om utvecklingsinsatser som slutits i samband med denna skall landstingen svara för att de som bor i särskilt boende eller får hemsjukvård utan dröjsmål skall kunna erbjudas medicinsk bedömning eller hembesök av läkare. Vidare framgår att lokala avtal bör träffas mellan landsting och kommun som reglerar läkarinsatsernas omfattning och innehåll, bl.a. med avseende på tillgänglighet samt uppföljning av behandlingsinsatser och läkemedelsanvändning. Även läkarmedverkan i vårdplanering och som stöd till den kommunalt

anställda personalen bör regleras i sådana avtal. För att öka antalet läkare i primärvården har regeringen i avtalet om utvecklingsinsatser kommit överens med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om att landstingen skall svara för att avsevärt förstärka läkartätheten i primärvården. Vidare ingår i avtalet att landstingen skall förbättra möjligheterna till kompetensutveckling och fortbildning, liksom forskningsmöjligheterna i primärvården.

Regeringen delar samverkansutredningens och remissinstansernas uppfattning att vårdkvaliteten inom den kommunala vården och omsorgen behöver förbättras. Det måste dock säkerställas att föreslagna reformer sker i enlighet med principen att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde. Regeringen ser också att det finns en viss risk med förslaget utifrån ett regionalpolitiskt perspektiv. Hänsyn måste tas till läkartillgången och hur nya förslag påverkar förutsättningarna för att kunna erbjuda en god vård oavsett bostadsort. Samverkansutredningens förslag kan resultera i en ökad rekrytering till attraktiva storstadsområden på bekostnad av glesbygden vilket inte är förenligt med den grundläggande principen om vård- och omsorg på lika villkor. Regeringen avser således fortsätta satsningen på primärvården så att fler kan anställas och kvaliteten öka och samtliga medborgare – barn och äldre, i ordinärt och särskilt boende, i storstad och glesbygd – kan erbjudas en god vård på lika villkor.

Regeringen anser att det lokala perspektivet bör prägla utvecklingsarbetet. Detta innebär att särskild vikt fästs vid de synpunkter som lämnats av aktörer med insyn i, eller praktiskt ansvar för, vården och omsorgen. Remissvaren visar att en ökad otydlighet i ansvarsfrågan sannolikt leder till att det lokala utvecklingsarbetet blir lidande. Regeringen anser således att det pågående utvecklingsarbetet bör stödjas utifrån nuvarande inriktning. Med förslagen om gemensamma nämnder (se avsnitt 5) samt om gemensam vårdplanering enligt betalningsansvarslagen (se avsnitt 6.2) skapas också förutsättningar för en tätare och bättre kontakt mellan läkare, patienter och personal bl.a. i de särskilda boendena.

Regeringen finner således att det i nuläget inte bör införas en befogenhet för kommunerna att tillhandahålla läkarinsatser inom ramen för den hälso- och sjukvård som de ansvarar för. Den samlade bild som framkommit visar dock på ett behov av ökade läkarinsatser för att tillgodose enskilda patienters behov. Det finns således skäl att utreda frågan vidare så att en långsiktig strategi kan utformas. En nationell utvärdering av vården och omsorgen om äldre bör genomföras för att ge en tydligare bild av vad som fungerar väl och vilka brister som föreligger. Utvärderingen bör också beakta de krav den demografiska utvecklingen ställer på framtidens vård- och omsorg. Med en högre andel äldre i befolkningen kommer efterfrågan på vård- och omsorg att öka vilket ställer krav på noggranna överväganden utifrån ett helhetsperspektiv. I samband med utvärderingen av vården och omsorgen om de äldre bör man fortsätta att utreda möjligheten för kommuner att anställa läkare. I samverkansutredningen tydliggörs bl.a. att byte av vårdnivå skapar otrygghet för den enskilde brukaren och att detta bör, om det inte är medicinskt motiverat, i möjligaste mån undvikas. Regeringen vill med detta tydligt markera att vården och omsorgen om äldre utgör ett prioriterat område.

Förslaget om gemensamma nämnder inom vård- och omsorgsområdet innebär att kommuners och landstings möjligheter att bilda sådana nämnder utökas. Någon skyldighet att inrätta gemensam nämnd föreslås inte. Förslaget medför därför inga omedelbara ekonomiska konsekvenser för kommuner och landsting. Om möjligheten utnyttjas medför detta att de medel som de bidragande huvudmännen har bidragit med till den gemensamma nämndens verksamhet kan fördelas helt enligt nämndens egna prioriteringar och således utnyttjas på ett mer effektivt sätt än om huvudmännen var för sig hade haft kvar ansvaret och beslutanderätten för verksamheten. Bildandet av en gemensam nämnd förutsätter att de samverkande parterna är eniga om vilka behörigheter och befogenheter nämnden skall ha samt vilka mål och vilken inriktning som skall finnas. Även frågan på vilket sätt vardera huvudman avser att finansiera driften av de verksamheter som ingår i nämnden bör framgå av parternas överenskommelse.

Effekter av förslagen till ändringar i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård diskuteras i avsnitt 6.2.

9 Ikraftträdande

De föreslagna ändringarna skall träda i kraft den 1 juli 2003.

10 Författningskommentar

10.1 Förslaget till lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet

Förslaget behandlas i avsnitt 5.

Lagen är ny. Genom lagen vidgas den kommunala kompetensen.

Bestämmelserna i lagen ersätter lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård som är tidsbegränsad och gäller till utgången av år 2003. Till dess att försökslagstiftningen upphör kommer dock båda lagarna att gälla samtidigt.

1 §

Enligt paragrafen får ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget genom samverkan i en gemensam nämnd gemensamt fullgöra uppgifter som anges i punkterna 1 och 2. Med uppgifter som i annat fall enligt lag skall handhas av socialnämnd kan som exempel nämnas vissa uppgifter enligt föräldrabalken rörande fastställande av faderskap, adoption och vårdnad.

2 §

För samverkan i en gemensam nämnd krävs enligt paragrafen att var och en av de samverkande huvudmännen lämnar över ansvaret för verksamhet från sitt ansvarsområde till den gemensamma nämnden.

3 §

Av paragrafen följer att de bestämmelser i kommunallagen (1991:900) som är tillämpliga på en gemensam nämnd även gäller för en gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Det gäller t.ex. bestämmelserna i 3 kap. 3 b § kommunallagen om lagens tillämplighet på en gemensam nämnd och 6 kap. 9 § tredje stycket kommunallagen om representationen i en gemensam nämnd.

Vid samverkan i en gemensam nämnd har de samverkande parterna fortfarande kvar huvudmannaskapet för sina respektive områden. En bestämmelse i en annan författning som rör en kommun eller ett landsting gäller således även om kommunen eller landstinget bildat en gemensam nämnd på området. Det behövs inte någon särskild regel för att klargöra detta.

10.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

10 §

Förslaget behandlas i avsnitt 6.2.

I *första stycket* ersätts begreppet ”medicinskt färdigbehandlade” med ”utskrivningsklara” från slutna vård. En vårdplan måste vara upprättad för att kommunens betalningsansvar för en utskrivningsklar patient skall inträda. Paragrafen omfattar, förutom utskrivningsklara patienter i somatisk akutsjukvård och geriatisk vård, även utskrivningsklara patienter i slutna psykiatrisk vård. Med den senare avses dels sådan vård som givits i frivilliga former enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL), dels sådan vård som givits med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

Det ankommer enligt *andra stycket* på den behandlande läkaren att avgöra om en patient är utskrivningsklar. Läkaren avgör med hänsyn till patientens tillstånd samt till vetenskap och beprövad erfarenhet när en patient är utskrivningsklar, dvs. när patienten inte längre är i behov av den slutna hälso- och sjukvården enligt 5 § HSL. För en patient som tvångsvårdats enligt LRV måste den behandlande läkarens bedömning i vissa fall föregås av ett beslut av domstolen att tvångsvården skall upphöra. Eftersom en patient som bedöms vara utskrivningsklar kan vara i behov av fortsatta insatser inom den öppna hälso- och sjukvården som landstinget har ansvar för är det nödvändigt att läkaren vid sin bedömning tar hänsyn till vilka resurser som finns.

Eftersom kommunernas betalningsansvar är knutet till att patienten är utskrivningsklar, kan det inte omfatta patienter som fortfarande är i behov av tvångsvård. Kommunerna kan därför inte bli betalningsansvariga för vården av patienter på permission. Enligt Regeringsrättens praxis

(RÅ 2000 ref. 39) anses dock pågående tvångsvård i sig inte innebära att den enskilde kan nekas insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Även efter det att en patient bedömts utskrivningsklar och ansvaret övergått på kommunen att förse patienten med den service och det stöd som han eller hon är i behov av, kvarstår landstingets medicinska ansvar. (Jfr prop. 1993/94:218 s. 108).

10 a §

Förslaget behandlas i avsnitt 6.2.

Paragrafen är ny. Med ett inskrivningsmeddelande avses ett meddelande till den öppna vården och socialtjänsten som syftar till att informera om att en viss patient blivit inskriven på sjukhuset och att en samordnad vårdplanering kan bli aktuell. Översändandet av meddelandet innebär dock inte att en vårdplanering inletts.

Ett inskrivningsmeddelande skall inte översändas slentrianmässigt för t.ex. alla över en viss ålder eller efter andra kriterier. Information behöver endast lämnas om de patienter där nya eller fortsatta hjälpinsatser bedöms bli aktuella efter sjukhusvistelsen.

10 b §

Förslaget behandlas i avsnitt 6.2.

Paragrafen är ny. När en behandlande läkare inom den slutna hälso- och sjukvården bedömer att en patient kan behöva vård eller omsorg även efter sjukhusvistelsen, skall enligt paragrafen en vårdplan upprättas.

Den vård som då är aktuell är öppen vård som inte kräver intagning på sjukvårdsinrättning eller sjukhus, se 5 § HSL. Med hänsyn till verksamhetsriktning och innehåll delas den öppna vården upp i primärvård och övrig öppen vård (prop. 1994/95:195). Primärvård omfattar basal medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande verksamhet, rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning. Primärvård bedrivs inom landstingens och kommunernas öppna hälso- och sjukvård samt av privatpraktiserade specialister i allmänmedicin och privatpraktiserande sjukgymnaster. Övrig öppen vård omfattar hälso- och sjukvård meddelad av läkare med andra specialistkompetenser än den i allmänmedicin. Sådan öppen vård inkluderar öppenvårdsmottagningar vid eller anknutna till sjukhus samt privatpraktiserande läkare med annan specialistkompetens än allmänmedicin. Till denna vård räknas även sjukhusanknuten hemsjukvård (sjukhusvård i hemmet).

Med begreppet socialtjänst avses samtliga omsorgsinsatser som kommunen enligt lag svarar för. Förutom insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453) avses således även bl. a. insatser enligt LSS.

10 c §

Förslaget behandlas i avsnitt 6.2.

Paragrafen är ny. Så fort en bedömning görs att en patient efter utskrivningen kan behöva sociala insatser eller hälso- och sjukvårdsinsatser skall enligt *första stycket* en vårdplanering inledas. Med vårdplanering avses en samordnad planering av de insatser som kan vara aktuella inom socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården efter sjukhusvistelsen. Av *andra meningen* framgår när en vårdplanering senast skall på-

börjas. Senast dagen efter det att kallelse från en behandlande läkare mottagits av berörda enheter skall dessa tillsammans med den behandlande läkaren påbörja vårdplaneringen.

Grundläggande för all vård och omsorg är att den sker i samråd med patienten och att patientens autonomi och integritet respekteras. Hälso- och sjukvård bygger på förutsättningen att den enskilde själv avgör om han eller hon vill acceptera de erbjudanden om olika insatser som kan ges. Bistånd enligt socialtjänstlagen i form av t.ex. omsorg i hemmet eller särskilt boende förutsätter att den enskilde själv eller genom en ställföreträdare (vårdnadshavare för underårig, god man eller förvaltare för myndig person) ansökt om detta. För insatser enligt LSS krävs detsamma som för insatser enligt socialtjänstlagen. Detta innebär att en patient kan förhindra en vårdplanering och att en vårdplan upprättas.

I *andra stycket* anges vilka som förutom patienten skall delta vid vårdplaneringen. Vilka enheter som berörs får avgöras utifrån den bedömning som behandlande läkare gjort i 10 b § av patientens behov av socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård, landstingets primärvård, psykiatriska vård eller annan öppenvård. Utifrån patientens behov av insatser behöver personal med olika kompetens delta i den samordnade vårdplaneringen. Det är då viktigt att komma ihåg att en patient oavsett sin ålder kan ha behov av rehabiliterande insatser och hjälpmedel. Personal som svarar för detta i den öppna hälso- och sjukvården måste därför delta i vårdplaneringen.

Om ett sammanträffande behöver äga rum för att vårdplaneringen mellan företrädare för hälso- och sjukvården och socialtjänsten skall kunna genomföras på ett ändamålsenligt sätt, anges i *tredje stycket* att även patienten eller närstående till patienten bör delta. I stället för en patient kan även en ställföreträdare, t.ex. en god man som skall sörja för patientens person, delta.

10 d §

Förslaget behandlas i avsnitt 6.2.

Paragrafen är ny. I *första stycket* anges vad en vårdplan skall innehålla. Vårdplanen skall så allsidigt som möjligt belysa patientens behov av insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård, landstingets primärvård, psykiatriska vård eller annan öppenvård efter utskrivningen. I vårdplanen skall även de enheter som får ett ansvar för en insats tydligt anges.

I *andra stycket* anges när en vårdplan anses vara upprättad.

10 e §

Förslaget behandlas i avsnitt 6.2.

Paragrafen är ny. De enheter som angetts som ansvariga för insatser i vårdplanen skall få meddelande om att en patient planeras att bli utskrivna från den slutna hälso- och sjukvården senast dagen innan patienten blir utskriven.

11 §

Förslaget behandlas i avsnitt 6.2.

I *första stycket* klargörs att kommunens betalningsansvar, om inte annat har överenskommit, som huvudregel inträder dagen efter det att pa-

tienten är utskrivningsklar och en vårdplan har upprättats. Begreppet ”medicinskt färdigbehandlad” ersätts också här med ”utskrivningsklar”. En kommun blir endast betalningsskyldig om en vårdplan är upprättad. Det innebär att kommunen inte blir betalningsansvarig om en läkare inom landstingets slutna hälso- och sjukvård inte ser till att en sådan upprättas.

I paragrafens *andra och tredje stycken* anges vad som gäller för patienter i somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård och psykiatrisk vård. På grund av de olika förutsättningarna att ordna boenden för dessa grupper, inträder kommunens betalningsansvar för de två förstnämnda grupperna tidigast fem vardagar och för den sistnämnda tidigast trettio vardagar efter att kommunen mottagit kallelse till vårdplaneringen.

Hur kommunen skall kallas får avgöras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Tidpunkten när kommunen mottagit kallelsen är dock avgörande för beräkningen av när betalningsansvaret skall börja att gälla. Det är därför nödvändigt att en tillförlitlig dokumentation sker då ansvarig tjänsteman på kommunen mottar kallelsen till vårdplanering. t.ex. genom påskrift av ett kvitto eller bekräftelse på annat sätt.

11 a §

Förslaget behandlas i avsnitt 6.2.

Paragrafen är ny. I paragrafens *första stycke* görs undantag från huvudregeln i 11 § om att kommunen endast blir betalningsskyldig om en vårdplan är upprättad. Beror det på kommunen att en vårdplan inte blir upprättad, inträder ändå kommunens betalningsansvar. Detta inträder oavsett skälet till att kommunen inte medverkat till att en vårdplan kunnat upprättas. Exempel på sådana situationer kan vara att kommunen inte anser sig ha tid att delta i en vårdplanering eller att ansvarig tjänsteman är frånvarande.

Beror det på landstinget att de insatser som landstinget ansvarar för enligt vårdplanen inte kan utföras blir däremot enligt paragrafens *andra stycke* kommunen inte betalningsansvarig. Betalningsansvaret ligger då kvar på landstinget.

12 §

Förslaget behandlas i avsnitt 6.2.

I paragrafens *första och andra stycken* ersätts uttrycket ”medicinskt färdigbehandlade” med ”utskrivningsklara”. I det första stycket görs dessutom språkliga justeringar.

13 §

Förslaget behandlas i avsnitt 6.2.

Uttrycket ”medicinskt färdigbehandlade” ersätts med ”utskrivningsklara”.

15 §

Förslaget behandlas i avsnitt 6.2.

Ett inskrivningsmeddelande enligt 10 a § skall lämnas till de enheter som bedöms bli aktuella för hjälpinsatser efter att patienten skrivits ut. Genom tillägget i paragrafen får ett inskrivningsmeddelande omfatta sekretessbelagda uppgifter i form av namn, personnummer och

folkbokföringsadress utan att något samtycke från patienten behöver inhämtas. I paragrafen görs dessutom en språklig justering. Prop. 2002/03:20

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

10 och 22 §§

Förslaget behandlas i avsnitt 5.

Genom ett tillägg görs en hänvisning till lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

26 §

Förslaget behandlas i avsnitt 6.2.

Kommunen får ta ut vårdavgifter för långtidssjukvård som den har betalningsansvar för. Ändringarna i *andra och tredje styckena* utgör konsekvensändringar till följd av de föreslagna ändringarna i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

10.4 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

11 §

Förslaget behandlas i avsnitt 5.

Genom ett tillägg görs en hänvisning till lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

10.5 Förslaget till lag om ändring i kommunallagen (1991:900)

3 kap.

3 a §

Förslaget behandlas i avsnitt 5.

Genom ett tillägg i *andra stycket* görs en hänvisning till lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

10.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

22 §

Förslaget behandlas i avsnitt 5.

Genom ett tillägg görs en hänvisning till lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

10.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. Prop. 2002/03:20

1 §

Förslaget behandlas i avsnitt 5.

I *första stycket* görs en redaktionell ändring i *andra punkten*. Genom ett tillägg i *andra stycket* görs en hänvisning till lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

10.8 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

2 kap.

4 §

Förslaget behandlas i avsnitt 5.

Genom ett tillägg till *första stycket* görs en hänvisning till lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Tilläggets placering tydliggör att vad som sägs i socialtjänstlagen eller annan författning om socialnämnd även i förekommande fall gäller för en sådan gemensam nämnd som fullgör uppgifter inom socialtjänsten.

Sammanfattning av betänkandet Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m. (SOU 2000:114)

Prop. 2002/03:20
Bilaga 1

Uppdraget och utredningens arbetsformer

Vårt uppdrag har enligt direktiven varit att beskriva och analysera de problem som finns i dag vid samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg på de områden där det finns behov och intresse av att samverka. Vi skall lämna förslag till lösningar som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan kommuner och landsting på angivna områden. Förslagen skall utgå från dagens system och inte innebära några stora förändringar av huvudmannskapet. I våra uppgifter ingår vidare att belysa sekretessbestämmelsernas inverkan på möjligheterna att samverka samt att analysera möjligheterna för kommuner och landsting att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad och behoven av förbättrade möjligheter för kommuner och landsting att verka i en gemensam nämnd. Vidare skall erfarenheterna av försöksverksamheten med kommunal primärvård beaktas i utredningsarbetet.

Bakgrunden till utredningen är bl.a. de brister i samverkan som uppmärksammats på äldreområdet framför allt när det gäller de medicinska insatserna inom den kommunala vården och omsorgen men även förekomsten av parallella organisationer t.ex. på hjälpmedelsområdet och inom hemsjukvården. Barnpsykiatrikommittén visade i sitt slutbetänkande *Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem* (SOU 1998:31) på behov av förbättrad samverkan när det gäller insatser för barn och unga. Direktiven pekar också på andra samverkansområden såsom missbruksvården och den psykiatriska vården. I en gemensam skrivelse till regeringen (dnr S98/656/ST) har Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet föreslagit att kommuner och landsting skall ges vidgade möjligheter att samverka inom vårdområdet. Bl.a. föreslås lagändringar som gör det möjligt för kommuner och landsting att samverka i en gemensam nämnd på områden där angelägenheterna inte är gemensamma och att bedriva verksamhet åt varandra på entreprenad.

För att fullgöra uppdraget har vi tagit del av ett omfattande skriftligt material som rör samverkansfrågan. Som exempel kan nämnas statliga utredningar, propositioner liksom rapporter och annat underlagsmaterial som publicerats bl.a. av Socialstyrelsen och de båda kommunförbunden. Vi har också tagit del av ett omfattande underlagsmaterial rörande lokala samverkansprojekt i kommuner och landsting. Vi har vidare genomfört ett antal studiebesök ute i landet och samtalat om samverkansfrågor med företrädare för kommuner och landsting samt haft kontakter och samtal med särskilda verksamheter, myndigheter och organisationer. Vi har också haft en nära kontakt och i förekommande fall samrått med ett antal statliga utredningar.

Ansvars- och uppgiftsfördelning inom vård- och omsorgsområdet har skiftat över tiden. Från den medeltida kyrkan har ansvar och uppgifter decentraliserats via staten till socknarna som ålades att sörja för fattiga och sjuka. Ett första steg att renodla ansvaret för hälso- och sjukvården togs år 1862 när landstingen bildades. Staten svarade dock för den slutna mentalsjukvården fram till år 1967. Uppgiften att svara för äldre människors behov av vård och omsorg har delats mellan kommuner och landsting och ansvaret för läkarinsatser klargjordes först vid början av 1980-talet vid genomförandet av den s.k. kompetensprincipen.

Samtidigt som utvecklingen av ny kunskap inom vård- och omsorgsområdet bidragit till ökad livskvalitet för många människor så har specialisering och differentiering av samhällets organisation inneburit ökade krav på samverkan. Från ett brukarperspektiv framstår bilden av ett svåröverskådligt samhällsbygge med parallella organisationer, olika lagstiftningar och en mängd olika yrkesgrupper och verksamheter vars karta över verkligheten ser olika ut. Samverkan och samarbete handlar om att finna former för ett gemensamt ansvarstagande för de människor som har behov av insatser från flera huvudmän och verksamheter och att använda samhällets resurser effektivt.

En mängd statliga utredningar har pekat på behoven av samverkan mellan huvudmännen i övergripande frågor såsom resursplanering, prioritering och verksamhetsutveckling men även i det dagliga samarbetet mellan olika verksamheter och professioner. Redan på 1970-talet påtalade Socialutredningen ett antal svårigheter för samverkan främst strukturella hinder såsom ett splittrat huvudmannaskap, olika referensramar, olika lagstiftning och olika arbetssätt för berörda organisationer.

Samverkansbehovet kring barn och unga har då och då aktualiserat frågan om barn- och ungdomspsykiatrins organisatoriska tillhörighet. Enligt Barnpsykiatrikommitténs uppfattning i slutbetänkandet *Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem* (SOU 1998:31) bör kommuner och landsting erbjudas ytterligare frihet att tillsammans bestämma hur uppgifterna inom ett län skall fördelas mellan de båda huvudmännen.

I samband med omstruktureringen av den psykiatriska vården under 1970-talet blev behovet av ett närmande mellan sociala insatser och psykiatri alltmer uppenbart. Psykiatriutredningen tillsattes mot slutet av 1980-talet och hade till uppgift att föreslå olika åtgärder för en förbättrad och effektivare service och vård till psykiskt störda (dir. 1989:22). Psykiatireformen genomfördes år 1994 och innebar att ansvaret för psykiskt funktionshindrade förtydligades. Reformen medförde en utveckling av nya former för samverkan mellan kommuner och landsting.

Inom äldreområdet har kraven på samverkan varit påtagliga under flera decennier och olika principer för ansvars- och uppgiftsfördelning har förekommit. Äldreformen år 1992 innebar ett förtydligande och en förskjutning av ansvaret för vård och omsorg om äldre och funktionshindrade från landstingen till kommunerna. En principiellt viktig förändring var att kommunerna fick ansvar för hälso- och sjukvårdsuppgifter i särskilda boendeformer och i dagverksamheter t.o.m. sjuksköterskenivå. Uppföljningen av reformen har visat på behovet av en fortsatt och för-

bättrad samverkan bl.a. på grund av ett delat ansvar för hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel. Brister har också uppmärksammats när det gäller medicinska insatser och tillgången till läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården.

Samverkan i praktiken (kap. 4)

I kommuner och landsting har under senare år förekommit en stor mängd samverkansaktiviteter. Dessa aktiviteter stödjer sig ibland på särskild lagstiftning men till övervägande delen på lokala överenskommelser ofta med ett civilrättsligt samverkansavtal i botten.

Primärvårdsförsöken

Som exempel på samverkansaktiviteter som har sin grund i särskild lagstiftning kan nämnas de olika primärvårdsförsöken. Genom lagen (1985:1089) om försöksverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område öppnades möjligheter för de kommuner som ingick i det s.k. frikommunförsöket att på försök helt eller delvis bedriva primärvård i kommunen, men med bibehållet huvudmannaskap för landstinget. Lagen utvidgades sedermera vid ett par tillfällen. I samband med att frikommunförsöket upphörde gavs genom en ändring i lagen en generell möjlighet för kommuner att efter medgivande av Socialstyrelsen på försök bedriva primärvård utan att huvudmannaskapet övergick till kommunen. I denna form gällde lagen till utgången av år 1996.

Ett annat försök var det s.k. Brunfloprojektet som reglerades i lagen (1988:1419) om försöksverksamhet inom socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens samt omsorgsverksamhetens område. Verksamheten gick ut på att Jämtlands läns landstingskommun och Östersunds kommun på försök gemensamt fick driva primärvårdsuppgifter i ett kommunalförbund inom kommundelen Brunflo.

Under hösten 1990 beslutade riksdagen att – inom ramen för frikommunförsöket – möjliggöra en försöksverksamhet med en ny organisation för hälso- och sjukvården i Kopparbergs läns landsting enligt den s.k. Dalamodellen. De bestämmelser som behövdes togs i huvudsak in i lagen (1984:382) om försöksverksamhet med en friare kommunal nämndorganisation (frikommunlagen). I Dalamodellen låg bl.a. att landstinget skulle kunna uppdra åt någon annan vårdgivare att utföra primärvårdsuppgifter.

Den första januari 1992 trädde lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård i kraft. Lagen har ändrats ett flertal gånger och gäller nu fram till den 1 januari 2002.

Lagen innebär att en kommun som ingår i ett landsting – inom ramen för en försöksverksamhet – får erbjuda primärvård och s.k. distriktstandvård om kommunen och landstinget är överens om det och Socialstyrelsen lämnat sitt tillstånd. Till skillnad mot 1985 års lag övergår huvudmannaskapet för primärvården och distriktstandvården till kommunen under försöksperioden.

Försöksverksamheten enligt försökslagen inleddes 1992 och bedrivs alltså i tre kommuner, nämligen Helsingborgs, Katrineholms och Sig-

tuna kommuner. Försöksverksamheten i Helsingborg kommer dock enligt uppgift att avbrytas efter utgången av innevarande år.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt upp och utvärderat försöksverksamheten enligt 1991 års lag. I slutrapporten från uppföljningen (Försök med kommunal primärvård 1992–1998, Slutrapport, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:5) dras slutsatsen att primärvårdsförsöket inte kunnat visa upp några generella effekter av avsett slag. I rapporten konstateras bl.a. att det är entusiasm, klarhet i de operationella målen, ledarskap och återföring av erfarenheter som är viktiga för arbetet. Socialstyrelsen drog därvid slutsatsen att personalens utbildning, kontaktnät och engagemang i det vardagliga arbetet är viktigare än verksamhetens organisation och huvudmannaskap.

Finansiell samordning m.m.

Andra exempel på samverkansaktiviteter som getts särskilt lagstöd är Finsam, Socsam och Frisam. Målgrupper i dessa projekt är i första hand personer med psykosociala problem och långtidsarbetslösa med behov av socialt stöd och där samverkan utgår från behovet av samordnad rehabilitering.

Finsamförsöken, som reglerades i lagen (1992:863) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård, pågick mellan 1993 och 1997. Syftet med Finsamförsöken var att pröva värdet av en formaliserad finansiell samordning av hälso- och sjukvårdens och socialförsäkringens ekonomiska resurser för att få till stånd ett effektivare utnyttjande av de gemensamma resurserna och för att förbättra servicen till medborgarna. Tanken var att man genom att sammanföra resurser från de båda sektorerna skulle stimulera samordnade bedömningar och åtgärder.

Syftet med Socsamförsöken är att pröva om en sammanläggning av de ekonomiska resurserna kan underlätta för parterna att i ökad utsträckning arbeta för att resurser utnyttjas på ett från samhällets och de enskildas synpunkt effektivare sätt. Socsamförsöken regleras i lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lagen ger möjlighet för en allmän försäkringskassa, ett landsting och en eller flera kommuner att inom ramen för en lokal försöksverksamhet bedriva finansiell samordning såvitt avser socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Försöksverksamheten förutsätter medgivande från regeringen. Lagen gäller till och med utgången av år 2002.

Genom Frisam har kommuner och landsting fått kompetens att tillsammans med försäkringskassan och länsarbetsnämnden delta i projekt som på något sätt har relevans för socialtjänstens respektive hälso- och sjukvårdens uppgifter. I de fall samverkan rör ett individuellt ärende måste den enskilde själv ge sitt samtycke till att uppgifter om honom eller henne inhämtas från de berörda myndigheterna. Regleringen bygger på bestämmelser i lagen (1962:381) om allmän försäkring, socialtjänstlagen (1980:620) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Enligt dessa bestämmelser får försäkringskassan, kommunen, landstinget och länsarbetsnämnden träffa överenskommelse om att samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser.

Frisam innebär en frivillig möjlighet att samverka för berörda myndigheter i syfte att stödja alla som är i behov av särskilda insatser. De lokala samverkansprojekt som förekommer behöver inte något särskilt godkännande av regeringen eller någon central förvaltningsmyndighet, utan tanken är att de enskilda aktörerna själva skall besluta om att bedriva samverkan utifrån lokala förutsättningar och behov.

Samverkansavtal, vårdprogram m.m.

Framför allt inom äldreområdet men också när det gäller barn- och ungdomsområdet och inom psykiatrin förekommer länsövergripande överenskommelser som reglerar förutsättningarna för samverkan mellan huvudmännen. Dessa övergripande länsavtal ligger till grund för lokala samarbetsavtal mellan landstinget och den enskilda kommunen. Ett sådant lokalt avtal kan t.ex. beskriva omfattningen av läkarinsatser, ansvarsfördelning när det gäller rehabilitering, hjälpmedel och hemsjukvårdsinsatser, överenskommelser om ekonomisk ersättning m.m.

Lokala samverkansavtal reglerar också samverkansprojekt eller permanent inrättade gemensamma verksamheter där ekonomiska och personella resurser samordnats. Exempel på sådana samordnade verksamheter är s.k. Familjecentraler och ungdomsmottagningar, gemensamma rehabiliteringsverksamheter för psykiskt funktionshindrade och samverkan inom missbruksvården. På äldreområdet förekommer samordning av resurser bl.a. kring hjälpmedel, rehabilitering, korttidsvård och vården i livets slutskede.

Kommuner och landsting har också i stort utsträckning utvecklat former för samverkan i den s.k. "vårdkedjan" i policyprogram och generella överenskommelser om samverkan. Gemensamma vårdprogram för en diagnosgrupp, t.ex. stroke eller demensvård, beskriver mer i detalj hur samarbete och ansvarsfördelning skall ske. Det förekommer också gemensamt utarbetade rutiner och riktlinjer för t.ex. informationsöverföring liksom modeller för gemensamt kvalitetsarbete m.m.

Allmänna utgångspunkter (kap. 5)

Vi har tagit del av en mängd litteratur i form av utvärderingar, utredningar, forskning m.m. som på olika sätt visar både på betydelsen av och på brister i samverkan mellan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens olika verksamheter. Bristfällig samverkan kan leda till svåra konsekvenser särskilt för människor med sammansatta, långvariga och svåra sjukdomstillstånd eller problemsituationer. För den enskilde brukaren kan det t.ex. innebära att ett hjälpbehov inte upptäcks eller att positiva effekter av stöd- och behandlingsinsatser blir svåra att uppnå. Brister i det dagliga samarbetet och i samordning av insatser är också ett uttryck för dålig kvalitet där inslag av orimlig byråkrati, tidsåtgång och väntetid leder till frustration och kostnader både för den enskilde och för samhället. En väl fungerande samverkan på alla plan ökar förutsättningarna för ett effektivt användande av samhällsresurserna och utgör för den enskilde brukaren ett avgörande kriterium på god kvalitet.

Det är viktigt att den politiska ledningen i kommuner och landsting tar ett gemensamt ansvar för de människor som behöver samordnade insatser från båda huvudmännen – i den övergripande politiska planeringen, det gemensamma prioriteringsarbetet och i det dagliga samarbetet. Vi kan också konstatera att det finns en mängd exempel på väl fungerande samverkan och att det inte finns några egentliga organisatoriska eller lagstiftningsmässiga hinder för samverkan. Däremot finns omständigheter som försvårar samverkan och samarbete. Olika slag av samverkansaktiviteter förefaller dock uppstå där vilja och intresse finns både på ledningsnivå och i den praktiska verksamheten.

Under många decennier och i många olika sammanhang har frågan om en bättre samverkan mellan kommuner och landsting diskuterats. Återkommande förslag till lösningar har bl.a. varit förändrat huvudmannaskap, entreprenadlösningar, gemensam nämnd, gemensam dokumentation, samordnade sekretessregler m.m. Vi har sett som vår uppgift att försöka utröna under vilka förutsättningar som de föreslagna idéerna kan vara genomförbara och vilka konsekvenser ett eventuellt genomförande skulle kunna få.

Vår inriktning har varit att finna lösningar som möjliggör för huvudmännen att ta ett gemensamt ekonomiskt och verksamhetsmässigt ansvar för människor med stora och sammansatta behov av vård och omsorg. Vår inriktning har således inte varit att, genom ändring i speciallagstiftningen, försöka förtydliga eller ytterligare skärpa ansvarsgränserna. Det är vår bestämda uppfattning att lagstiftningen måste uppmuntra ett gemensamt ansvarstagande och i alla sammanhang försöka förhindra möjligheterna till ett gemensamt avståndstagande. Honnörsord som samverkan, helhetssyn och kontinuitet behöver bli mer synliga i praktisk handling och ges ett konkret innehåll med utgångspunkt i den enskilde brukarens rätt till en god vård och omsorg.

Med brukaren i centrum (kap. 6)

För människor med stora, långvariga och sammansatta behov kan brister i samverkan och i samordning av insatser bli särskilt påtagliga. Inte sällan hamnar den enskilde brukaren i rollen som informationsbärare och samordnare av insatser från olika huvudmän och verksamheter. Vi har därför övervägt möjligheten att föreslå en skyldighet för huvudmännen att inrätta en gemensam funktion med ett tydligt samordningsansvar för den enskildes samlade vårdbehov; en ”lots” eller kundansvarig. Lagstiftningen på området innehåller dock redan ett antal funktioner som inrättats med syfte att stödja den enskildes ställning; kontaktperson, personligt ombud, stödperson enligt den psykiatriska tvångslagstiftningen, individuell plan, patientansvarig läkare samt god man och förvaltare.

Flera av dessa insatser eller funktioner är förbehållna en viss målgrupp och rätten eller möjligheten att få en viss insats är olika utformad beroende på vilken ”personkrets” den enskilde brukaren bedöms tillhöra. Ett problem med förekomsten av alla dessa specificerade bestämmelser är att det är lätt att fastna i formfrågor t.ex. om en person med ett funktionshinder tillhör den ena eller den andra personkretsen eller hur stödpersonen skall benämnas. Vi kan således konstatera att många människor skulle behöva personligt stöd i form av en ”lots” som hjälper till att överbrygga

passagen mellan huvudmän, vårdnivåer och vårdgivare. Lösningen ligger dock inte i ännu fler bestämmelser i lagstiftningen eller införande av fler rättigheter. Huvudmännen måste emellertid ta ett tydligt och gemensamt ansvar för den enskildes väg genom vårdkedjan. Detta kan ske inte bara genom utnyttjande av befintliga stödfunktioner i lagstiftningen utan också genom tillskapandet av andra former eller funktioner för att underlätta samordningen för den enskilde. Syftet skall vara att på den enskildes villkor stärka hans eller hennes ställning. Det finns heller inget som hindrar att huvudmännen tillsammans med den enskilde upprättar individuella planer även på områden där reglering av sådan saknas.

Det finns vidare ett behov av ett ”gränsöverskridande” synsätt kring styrning, verksamhetsutveckling och uppföljning med utgångspunkt från den enskilde brukarens behov. Både på äldreområdet och när det gäller insatser för psykiskt funktionshindrade har utvecklingen kommit långt när det gäller utvecklingen av vårdkedjan. Det behövs dock fler samordnade aktiviteter t.ex. inom barn- och ungdomsområdet med syfte att utveckla kvalitet, uppföljning och tillsyn både lokalt och på den nationella nivån.

Behovet av en fördjupad samverkan handlar om att förbättra kvaliteten och servicen för den enskilde brukaren och samtidigt uppnå en ökad effektivitet när det gäller resursanvändningen. De förslag som läggs fram i följande kapitel, bl.a. om utökade möjligheter att samverka i en gemensam nämnd, svarar mot det uppdrag som vi fått, nämligen att lämna förslag till lösningar som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan kommuner och landsting och som utgår från dagens system. Enligt vår bedömning förstärks huvudmännens möjligheter att under en gemensam ledning skapa en ändamålsenlig organisation som sätter brukaren i centrum.

Utökade möjligheter att samverka i en gemensam nämnd (kap. 7)

I regeringens proposition Kommunal samverkan (prop. 1996/97:105) ansåg regeringen att det borde göras möjligt för alla kommuner och landsting att bilda gemensamma nämnder för att kunna utveckla en närmare samverkan. Institutet gemensam nämnd infördes i kommunallagen (1991:900) och trädde i kraft den 1 augusti 1997. Bestämmelserna om gemensam nämnd innebär bl.a. att kommuner och landsting kan samverka med varandra i den gemensamma nämnden endast under förutsättning att den verksamhet man vill att den gemensamma nämnden skall sköta är gemensam, dvs. en kommunal angelägenhet för var och en av de samverkande huvudmännen. Möjligheterna att bilda en gemensam nämnd är alltså i dag begränsade och det är inte möjligt för kommuner och landsting att tillsammans bilda en gemensam nämnd för uppgifter inom t.ex. landstingens geriatriska vård och kommunernas äldreomsorg.

I den nyss nämnda propositionen föreslog regeringen också förenklade regler om kommunalförbund, bl.a. innebärande att en uppgift som lämnas över till ett kommunalförbund inte längre behöver vara kompetens-enlig och gemensam för samtliga medlemmar i förbundet. Det enda krav som ställs är att uppgiften är en kommunal angelägenhet. De förenklade bestämmelserna om kommunalförbund togs in i kommunallagen och trädde ikraft den 1 januari 1998.

De kommuner och landsting som har visat intresse för samverkan i en gemensam nämnd har bl.a. uttryckt ett behov av en samverkansform som ger ett större politiskt inflytande i verksamheten än vad som är möjligt i ett kommunalförbund. Detta behov skulle kunna tillgodoses i en gemensam nämnd. En möjlighet för ett landsting och de kommuner som ingår i landstinget att samverka i en gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet skulle dessutom kunna underlätta en gemensam finansiering och prioritering mellan parterna. Vi föreslår därför att ett landsting och de kommuner som ingår i landstinget får befogenhet att bilda en gemensam nämnd för att gemensamt fullgöra uppgifter på vård- och omsorgsområdet.

Förslaget innebär att landstinget och kommunen inom en sådan nämnd gemensamt får fullgöra uppgifter som ankommer på respektive huvudman enligt lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden liksom uppgifter som i annat fall skall handhas av socialnämnd respektive en sådan nämnd som avses i 10 § hälso- och sjukvårdslagen. Förslaget omfattar också lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade och patientnämndsverksamhet. Förslaget har utformats som en särskild lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

Utökad samverkan inom ramen för befintliga bestämmelser (kap. 8)

I avsnittet Samverkan i praktiken ovan har den s.k. Frisam-regleringen kortfattat beskrivits. Frisam tillkom i första hand i syfte att underlätta samverkan på rehabiliteringsområdet. Av de uttalanden som gjordes vid riksdagsbehandlingen av Frisam drar vi slutsatsen att regleringen är avsedd att utnyttjas för samverkan även inom andra områden än den rena rehabiliteringen och att regleringen också kan utnyttjas vid samverkan enbart mellan landsting och kommun.

Sådan samverkan kan ske i en mängd olika former såsom gemensamma konferenser, gemensamma ledningsgrupper och lokala samverkansgrupper. Den samverkan som möjliggörs genom Frisam-regleringen utmärks främst av att parterna i ökad utsträckning kan bidra ekonomiskt till sådana och andra projekt.

Enligt vår bedömning att det är önskvärt att kommuner och landsting i ökad utsträckning använder befintliga möjligheter för att samverka på vård- och omsorgsområdet kring personer som har behov av insatser från båda huvudmännen. De lagändringar som genomförts i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen för att möjliggöra Frisam kan även utnyttjas för sådan samverkan. Det bör dock i lagtexten markerats tydligare att samverkan enligt bestämmelserna inte förutsätter att ett visst antal samarbetspartner deltar. För att tydligare markera att samverkan inte förutsätter att även försäkringskassan och länsarbetsnämnden deltar, föreslår vi därför att ordet ”och” i lagtexten byts ut mot ordet ”eller” vilket i lagtextsammanhang brukar betyda ”och/eller”. Vidare föreslår vi att en motsvarande reglering för den kommunala hälso- och sjukvårdens del införs.

I samband med Ädelreformen övertog kommunerna ansvaret för vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter t.o.m. sjuksköterskenivå. Kommunerna torde sakna kommunalrättslig kompetens att inom ramen för sådan hälso- och sjukvård tillhandahålla läkarinsatser som är en landstingsuppgift och detta även inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Med utgångspunkt i den enskildes behov av en god och säker vård är det nödvändigt att samverka mellan kommuner och landsting vad gäller läkarinsatser fungerar väl. En mängd studier har behandlat frågan om läkarnas tillgänglighet i den kommunala hälso- och sjukvården. Därvid kan konstateras att det finns en samstämmig bild av ett behov av ökade läkarinsatser både för att tillgodose enskilda patienters behov av en trygg och säker medicinsk vård och behovet av en medicinsk konsult i vårdplanering, utbildning och handledning. Överförandet av verksamhetsansvaret för somatisk långtidssjukvård liksom stora strukturförändringar inom hela vård- och omsorgssystemet har skapat nya förutsättningar för läkarmedverkan inom vården och omsorgen av äldre personer.

Mot denna bakgrund föreslår vi att kommunerna får en befogenhet att själva tillhandahålla läkarinsatser inom ramen för den hälso- och sjukvård som de ansvarar för. Detta innebär dock ingen förändring av landstingens skyldighet att tillhandahålla sådana insatser på angivet område.

Förslaget innebär alltså att kommunerna ges en befogenhet att tillhandahålla läkarinsatser fristående från landstingens huvudansvar som kommer att kvarstå oförändrat. Förslaget möjliggör för en kommun att t.ex. anställa en geriatiker i ett äldreboende eller i en rehabiliteringsverksamhet, att arvodera en viss läkare ett antal timmar per vecka eller att lösa läkarfrågan lokalt i en mindre kommun med stort avstånd till vårdcentralen eller under en viss tid på dygnet. Vi utgår dock från att den kommun som avser att anställa en läkare samråder med landstinget kring frågor som rör organisation, informationsöverföring, läkemedelshandling, remisser m.m.

Landstings och kommuners möjligheter att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad (kap. 10)

Vi har gjort en analys av möjligheterna för kommuner och landsting att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad. I samband härmed har vi prövat frågan om att vidga den kommunala kompetensen så att kommuner ges möjlighet att bedriva uppdragsverksamhet åt landsting och vice versa inom hälso- och sjukvården samt att landsting ges möjlighet att bedriva uppdragsverksamhet åt kommuner inom socialtjänsten. En sådan kompetensutvidgning skulle innebära att kommuner och landsting får möjlighet att erbjuda varandra tjänster på ett område där de inte har egen kommunalrättslig kompetens.

Dessutom skulle ett sådant förslag innebära betydande förändringar av den vård som bedrivs i offentlig regi. För att undvika konkurrensnedvridande effekter i förhållande till den privata sektorn skulle konkurrensvillkoren för kommuner och landsting behöva göras likvärdiga med de villkor som gäller för denna sektor, dvs. det bör gälla ett krav på att verksamheten skall drivas på affärsmässiga grunder. Införandet av ett sådant

system kräver överväganden av ett helt annat slag än som kan rymmas inom ramen för denna utredning, som har till sin huvudsakliga uppgift att förbättra samverkan mellan huvudmännen. Vi avstår därför från att lämna något förslag i denna fråga.

Överlåtelse av huvudmannaskap (kap. 11)

Vi har övervägt frågan om det bör införas en generell möjlighet att överlåta ansvar för olika verksamheter mellan landsting och kommun på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden. Enligt vår bedömning skulle en utökad möjlighet att överlåta huvudmannaskap mellan huvudmännen kunna innebära förbättrade möjligheter till samverkan mellan olika verksamheter som har ett naturligt samband med varandra. Ökade möjligheter att lokalt kunna komma överens om ansvarsfördelningen skulle bl.a. kunna bidra till ett gott samarbetsklimat och en större möjlighet att utveckla lokala projekt.

Som en allmän utgångspunkt anser vi således att det i sig vore av värde för möjligheterna att samverka om huvudmännen i större utsträckning än i dag kunde träffa avtal om att föra över ansvaret för olika uppgifter till varandra. Lämpliga områden för sådana överlåtelser skulle kunna vara bl.a. mödra- och barnhälsovården, barn- och ungdomspsykiatri, ungdomsmottagningar samt verksamheter inom missbruksområdet och inom vård och omsorg av äldre människor.

Det finns dock flera skäl som talar emot en sådan öppning i lagstiftningen. Ett sådant är att verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen bygger på helt olika regelsystem med ett stort inslag av myndighetsutövning inom socialtjänstens område. Vidare får en ökad frihet att överlåta huvudmannaskap inte leda till att avkall görs på de grundläggande kraven på kvalitet inom vård och omsorg. En total frihet att lokalt få komma överens om ansvars- och uppgiftsfördelningen inom vården och omsorgen kan också vara svår att förena med ett krav från riksdagen på att behålla den yttersta kontrollen över hur samhällsapparaten är organiserad. Sistnämnda fråga torde i grunden förutsätta överväganden av en parlamentariskt sammansatt kommitté.

Sammanfattningsvis anser vi att det i nuläget inte finns förutsättningar att införa en generell möjlighet att överlåta huvudmannaskap vare sig på hälso- och sjukvårdens eller socialtjänstens områden. Frågan inrymmer andra aspekter än samverkan, t.ex. grundläggande struktur- och kvalitetsfrågor som inte kan utredas inom ramen för vårt uppdrag. Dessa frågor ligger utanför utredningens direktiv som är inriktade på huvudmännens möjligheter att samverka och som uttryckligen anger att förslagen skall utgå från dagens system och inte innebära några stora förändringar av huvudmannaskapet.

Vi vill dock i detta sammanhang peka på de pågående försöken med kommunal primärvård. Socialstyrelsen uppföljning av dessa försök visar inte på några negativa effekter av dem. Med hänsyn härtill finns enligt vår uppfattning inte anledning att avsluta försöksverksamheten i de områden där man önskar fortsätta med denna.

Vid våra diskussioner med företrädare för kommuner och landsting har frågan om sekretessbestämmelsernas inverkan på möjligheterna att samverka regelmässigt berörts. I många fall menar man att bestämmelserna inte utgör något hinder mot samverkan eftersom den enskilde vid behov så gott som alltid lämnar medgivande till att uppgifter får lämnas ut. Den praktiska hanteringen av sekretessfrågorna kan dock många gånger vara komplicerad och detta särskilt i de fall den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd inte är förmögen att ta ställning i sekretessfrågan.

Vi har gjort ett antal överväganden kring behovet av och möjligheterna att föreslå lättnader i sekretesslagstiftningen när det gäller uppgiftslämnande mellan kommuner och landsting på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden. Med hänsyn till den enskildes integritet är vi dock inte beredda att fristående från andra förslag på sekretessområdet föreslå sådana lättnader i sekretessen. Det ligger närmast till hands att en utökad möjlighet att överföra uppgifter på ifrågavarande område övervägs av Offentlighets- och sekretesskommittén (dir. 1998:32). Denna kommitté skall enligt sina direktiv särskilt utreda förutsättningarna för att öka möjligheterna att lämna sekretessbelagda uppgifter mellan och inom myndigheterna i syfte att förbättra förutsättningarna för deras samverkan.

De som upplever sekretessen som ett problem vill gärna se hela vård- och omsorgsområdet som ett gemensamt sekretessområde utan inbördes gränser. Ett sådant synsätt strider emellertid både mot den grundläggande tanken i sekretesslagen och mot dess uppbyggnad och systematik. Det kan dock på sikt finnas anledning att från sekretess- och integritetssynpunkt anlägga ett mer enhetligt synsätt på verksamheter som har ett naturligt samband med varandra. Detta med ett bibehållet starkt integritetsskydd för den enskilde. Utgångspunkten för en integritetsreglering bör därvid i första hand vara den enskildes behov av skydd i en vård- eller omsorgssituation och inte administrativa gränser.

Sistnämnda fråga har också anknytning till de problem vid tillämpningen av sekretesslagen som är förknippade med den fria kommunala nämndorganisationen. För en effektiv samverkan skulle det vara av värde med en ökad integrering av näraliggande verksamheter under en och samma nämnd. Det är mot denna bakgrund vårt förslag om gemensam nämnd bör ses. Rättsläget i fråga om de sekretessrättsliga möjligheterna till en sådan integrering är emellertid oklart. Utgångspunkten för hur sekretessfrågorna på sikt skall lösas bör dock vara en utökad möjlighet att samordna näraliggande verksamheter under ett gemensamt sekretessområde och detta särskilt i sådana gemensamma nämnder som våra förslag syftar till. Samtidigt måste dock möjligheten till integration noga vägas mot den enskildes krav på integritet.

Hur sekretessfrågorna skall lösas i en integrerad kommunal nämndorganisation är emellertid inte en fråga som enbart rör vårt förslag om gemensam nämnd. Tvärtom är detta i hög grad en generell fråga som hänger ihop med införandet av den fria organisationsmöjligheten på det kommunala området. Även denna fråga bör ligga inom ramen för Offentlighets- och sekretesskommitténs uppdrag.

I olika sammanhang framförs önskemål om att dokumentation borde kunna ske i en och samma journal framförallt när det gäller vård och omsorg av äldre i särskilda boendeformer, inom hemsjukvården och detta oavsett vem som svarar för insatsen. Sådana synpunkter har också framförts i fråga om verksamheten vid landets ungdomsmottagningar som ofta bedrivs av kommuner och landsting under ett och samma tak.

Vi har gjort en genomgång av de legala förutsättningarna för införandet av en möjlighet till gemensam dokumentation på vård- och omsorgsområdet. En möjlighet till gemensam dokumentation över huvudmannaskapsgränserna kan dock vara svår att förena med tryckfrihetsförordningens bestämmelser om allmänna handlingar. En sådan möjlighet skulle dessutom strida mot gällande sekretessbestämmelser. Med hänsyn härtill har vi i stället inriktat oss på att undersöka möjligheten till gemensam dokumentation för verksamheter inom en och samma myndighetsorganisation och detta närmare bestämt när det gäller den kommunala vården och omsorgen av äldre i de särskilda boendena. Inom detta område gäller dokumentationsplikt enligt såväl hälso- och sjukvårdslagen som socialtjänstlagen.

Även på detta mer begränsade område är emellertid de lagtekniska svårigheterna att åstadkomma en möjlighet till gemensam dokumentation betydande och förutsätter ändringar i en rad olika bestämmelser. Det kan vidare konstateras att ett gemensamt dokumentationssystem på detta område förutsätter att de sociala anteckningarna görs på ett sådant sätt att de vid behov kan särskiljas, t.ex. för att kunna tillgodose länsstyrelsens tillsyn.

Under förutsättning av att man iakttar gällande bestämmelser om sekretess och s.k. inre sekretess finns det dessutom i princip inget som hindrar att man i en integrerad verksamhet håller nödvändig dokumentation om den enskilde samlad. Frågan kan således många gånger lösas praktiskt i samråd med den enskilde. Vi avstår därför från att lägga fram något förslag om gemensam dokumentation.

Författningsförslag i betänkandet Samverkan - Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m. (SOU 2000:114)

Prop. 2002/03:20
Bilaga 2

Förslag till lag (000:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet

Härigenom föreskrivs följande.

Ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget får genom samverkan i en gemensam nämnd gemensamt fullgöra

1. landstingets uppgifter

- enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
- enligt tandvårdslagen (1985:125),
- enligt smittskyddslagen (1988:1472),
- enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
- enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård,
- enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
- enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m., eller
- som i annat fall enligt lag skall handhas av en sådan nämnd som avses i 10 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), och

2. kommunens uppgifter

- enligt socialtjänstlagen (1980:620),
- enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
- enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,
- enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga,
- enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
- enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m., eller
- som i annat fall enligt lag skall handhas av socialnämnd.

Landstinget och kommunen får samverka enligt denna lag endast om uppgifter från såväl landsting som kommun ingår i den gemensamma nämndens ansvarsområde.

För en sådan nämnd gäller i övrigt bestämmelserna i kommunallagen (1991:900) om gemensam nämnd.

Härigenom föreskrivs att 18 kap. 2 § lagen (1962:381) om allmän försäkring¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

18 kap.

2 §²

Den allmänna försäkringskassan skall

1. utreda och besluta i ärenden som enligt denna lag eller annan författning skall skötas av försäkringskassan,
2. svara för att socialförsäkrings- och bidragssystemen tillämpas likformigt och rättvist,
3. vidta åtgärder för att förebygga och minska ohälsa i syfte att minska de långa sjukperioderna samt aktivt arbeta med rehabilitering enligt vad som närmare anges i 22 kap.,
4. lämna hjälp vid handhavandet av annan verksamhet enligt vad regeringen bestämmer, samt
5. lämna hjälp åt en myndighet som har hand om arbetslöshetsförsäringen eller åt ett sådant lokalt organ som avses i 1 kap. 2 §.

Försäkringskassan får träffa överenskommelse med kommun, landsting och länsarbetsnämnd om att samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser.

Försäkringskassan får träffa överenskommelse med kommun, landsting eller länsarbetsnämnd om att samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser.

Försäkringskassan får inte utöva någon annan verksamhet än som avses i första och andra styckena. Den eller de försäkringskassor som regeringen bestämmer får dock genomföra försäkringsmedicinska utredningar och utredningar om arbetslivsinriktad rehabilitering för alla försäkringskassor samt bedriva därmed sammanhängande forskning. Regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, får också föreskriva att det hos en eller flera försäkringskassor skall finnas gemensamma enheter för alla försäkringskassor för vissa ärenden eller frågor.

¹ Lagen omtryckt 1982:120

² Senaste lydelse 2002:377

Härigenom föreskrivs att 4 § socialtjänstlagen (1980:620)¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §²

Kommunens uppgifter inom socialtjänsten fullgörs av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer.

Kommunens uppgifter inom socialtjänsten fullgörs av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer. *Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (000:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.*

Vad som i denna lag eller annan författning sägs om socialnämnd gäller i förekommande fall den eller de nämnder som utses enligt första stycket.

Kommunen får sluta avtal med någon annan om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Genom ett sådant avtal får en kommun tillhandahålla tjänster åt en annan kommun. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Kommunen får även träffa överenskommelse med landstinget, den allmänna försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att, inom ramen för socialtjänstens uppgifter, samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Kommunen skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan.

Kommunen får även träffa överenskommelse med landstinget, den allmänna försäkringskassan eller länsarbetsnämnden om att, inom ramen för socialtjänstens uppgifter, samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Kommunen skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan.

Riksrevisionsverket får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av försäkringskassan eller länsarbetsnämnden. Vid en sådan granskning har Riksrevisionsverket rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

¹ Lagen omtryckt 1988:871

² Senaste lydelse 1997:1305

Härigenom föreskrivs att 3, 10 och 18 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §²

Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt skall landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, den allmänna försäkringskassan *och* länsarbetsnämnden om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, den allmänna försäkringskassan *eller* länsarbetsnämnden om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan.

Riksrevisionsverket får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av försäkringskassan eller länsarbetsnämnden. Vid en sådan granskning har Riksrevisionsverket rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

10 §³

Ledningen av hälso- och sjukvården skall utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (1991:900).

Ledningen av hälso- och sjukvården skall utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (1991:900).

¹ Lagen omtryckt 1992:567

² Senaste lydelse 1997:1306

³ Senaste lydelse 1991:903

18 §⁴

Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 20 § andra stycket och 21 § tredje stycket socialtjänstlagen (1980:620) eller som efter beslut av kommunen bor i sådan särskild boendeform som avses i 69 § första stycket 2 samma lag. Varje kommun skall även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 10 § socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).

Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda sådan vård, som sägs i andra stycket, om landstinget och kommunen kommer överens om det samt regeringen medger det. Överenskommelsen får avse även ansvar för förbrukningsartiklar som avses i 3 c §.

Kommunens ansvar enligt första och tredje styckena och kommunens befogenhet enligt andra stycket omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. En kommun får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Kommunens ansvar enligt första och tredje styckena omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. *En kommun får dock inom ramen för den hälso- och sjukvård som avses i första – tredje styckena erbjuda även sådan hälso- och sjukvård.*

En kommun får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för eller har befogenhet att erbjuda enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

En kommun får även träffa överenskommelse med landstinget, den allmänna försäkringskassan eller länsarbetsnämnden om att inom ramen för kommunens uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Kommunen skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan.

⁴ Senaste lydelse 1997:316

Riksrevisionsverket får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av försäkringskassan eller länsarbetsnämnden. Vid en sådan granskning har Riksrevisionsverket rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

Prop. 2002/03:20
Bilaga 2

Förslag till
lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Prop. 2002/03:20
Bilaga 2

Härigenom föreskrivs att 11 § tandvårdslagen (1985:125) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

11 §¹

Ledningen av folktandvården skall utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (1991:900).

Ledningen av folktandvården skall utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (1991:900). *Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (000:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.*

¹ Senaste lydelse 1991:905

Förslag till
lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till
vissa funktionshindrade

Prop. 2002/03:20
Bilaga 2

Härigenom föreskrivs att 22 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

22 §

Ledningen av landstingets eller kommunens verksamhet enligt denna lag skall utövas av en eller flera nämnder som fullmäktige utser.

Ledningen av landstingets eller kommunens verksamhet enligt denna lag skall utövas av en eller flera nämnder som fullmäktige utser. *Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (000:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.*

Förslag till
lag om ändring i lagen (1998:1656) om
patientnämndsverksamhet m.m.

Prop. 2002/03:20
Bilaga 2

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §

I varje landsting och kommun skall det finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter inom

1. den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som bedrivs av landsting eller enligt avtal med landsting,

2. den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen som bedrivs av kommuner eller enligt avtal med kommuner och den allmänna omvårdnad enligt socialtjänstlagen (1980:620) som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård, samt

3. den tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) som bedrivs av landsting.

För sådana nämnder gäller vad som är föreskrivet i kommunallagen (1991:900).

För sådana nämnder gäller vad som är föreskrivet i kommunallagen (1991:900). *Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (000:000) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.*

Remissinstanser till betänkandet Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m. (SOU 2000:114)

Prop. 2002/03:20
Bilaga 3

Efter remiss har yttrande över slutbetänkandet inkommit från Riksdagens ombudsmän, Kammarrätten i Stockholm, Länsrätten i Örebro län, Länsrätten i Skåne län, Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Handikappombudsmannen, Hjälpmedelsinstitutet, Barnombudsmannen, Länsstyrelsen i Stockholms län, Länsstyrelsen i Östergötlands län, Länsstyrelsen i Västra Götalands län, Botkyrka kommun, Stockholms kommun, Katrineholms kommun, Linköpings kommun, Mjölby kommun, Jönköpings kommun, Gotlands kommun, Bromölla kommun, Kristianstads kommun, Malmö kommun, Göteborgs kommun, Herrljunga kommun, Västerås kommun, Borlänge kommun, Kramfors kommun, Robertsfors kommun, Umeå kommun, Piteå kommun, Stockholms läns landsting, Stockholms läns landsting Patientnämnden, Östergötlands läns landsting, Landstinget i Västra Götalands län, Västmanlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Värmlands läns landsting, Kalmar läns landsting, Örebro läns landsting, Handikappförbundens samarbetsorgan, Riksförbundet för Social och Mental hälsa, Riksförbundet för Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna (FUB), Rädda Barnen, Synskadades Riksförbund, Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Läkarförbund, Vårdförbundet, Demensförbundet, Praktikertjänst AB, Akademikerförbundet SSR, Svenska Skolläkarföreningen, Finspångs Beställarförbund, Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (RBU), Tranemo kommun.

Författningsförslag i utredningsrapporten Samarbetet kring medicinskt färdigbehandlade/utskrivningsklara patienter (Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2001-10-19)

Prop. 2002/03:20
Bilaga 4

Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård	Vårt förslag till ändringar
<p>1 § En kommun skall betala ersättning till ett landsting för kostnader för hälso- och sjukvård åt personer som är folkbokförda i kommunen enligt vad som sägs i denna lag.</p> <p>Betalningsansvaret för personer som efter beslut av en kommun vistas i en annan kommun i sådan särskild boendeform eller bostad som avses i 20 § andra stycket, 21 § tredje stycket och 69 § första stycket 2 socialtjänstlagen (1980:620) har dock den kommun som beslutat om vistelsen.</p> <p>Vad som sägs i denna lag om landsting gäller även kommuner som inte ingår i en landstingskommun.</p>	<p>1 § En kommun skall betala ersättning till ett landsting för kostnader för hälso- och sjukvård åt personer som är folkbokförda i kommunen enligt vad som sägs i denna lag.</p> <p>Betalningsansvaret för personer som efter beslut av en kommun vistas i en annan kommun i sådan särskild boendeform eller bostad som avses i 20 § andra stycket, 21 § tredje stycket och 69 § första stycket 2 socialtjänstlagen (1980:620) har dock den kommun som beslutat om vistelsen.</p> <p>Vad som sägs i denna lag om landsting gäller även kommuner som inte ingår i en landstingskommun.</p> <p>I denna lag avses med landsting respektive kommun även sådan verksamhet som finansieras av landsting respektive kommun med utförs av annan. <i>Lag 1997:317</i></p>
<p>Somatisk långtidssjukvård</p> <p>2 § En kommun har betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård som bedrivs av ett landsting eller en enskild vårdgivare.</p> <p>Betalningsansvaret gäller dock inte för geriatrisk vård. <i>Lag 1994:89</i></p>	
<p>3 § Kommer inte ett landsting och en kommun överens om annat inträder betalningsansvar som avses i 2 § fem vardagar, lördagar, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att landstinget hos kommunen</p>	

<p>anmält att personen är inskriven eller skall skrivas in vid vårdinrättningen.</p> <p>Betalningsansvaret inträder dock tidigast den dag personen skrivs in vid inrättningen. <i>Lag 1994:89</i></p>	
<p>4 § Ersättning för somatisk långtidssjukvård vid en inrättning som tillhör ett landsting lämnas antingen med ett belopp som motsvarar landstingets genomsnittliga årliga självkostnad för den aktuella vårdformen eller, om landstinget och samtliga kommuner i landstinget kommer överens om det, med belopp som svarar mot olika vårdplatsers kvalitet. Beloppen omräknas årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i landstinget.</p> <p>Regeringen fastställer de belopp som avses i första stycket.</p> <p>En kommun och ett landsting får komma överens om att landstinget skall uppbära de avgifter som patienterna skall erlägga till kommunen enligt 26 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). <i>Lag 1993:49</i></p>	
<p>5 § Ersättning för somatisk långtidssjukvård vid en enskild vårdinrättning lämnas med det belopp som motsvarar landstingets kostnader för vården. <i>Lag 1994:89</i></p>	
	6-9 §§ utgår

Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård	Vårt förslag	Socialstyrelsens föreskrifter
<p><i>Medicinskt färdigbehandlade patienter i somatisk akutsjukvård och psykiatrisk vård</i></p> <p>10 § En kommun har betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård eller geriatrisk vård inom landstingets hälso- och sjukvård. Medicinskt färdigbehandlad är en patient som är intagen på en sådan enhet men inte längre behöver den medicinska vård som ges vid enheten eller vid annan enhet inom landstingets hälso- och sjukvård där det bedrivs vård som kommunen inte har betalningsansvar för.</p> <p>Frågan om en patient är medicinskt färdigbehandlad avgörs av ansvarig läkare. <i>Lag 1994:89</i></p>	<p><i>Utskrivningsklara patienter i somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård och psykiatrisk vård</i></p> <p>10 § En kommun är betalningsansvarig för utskrivningsklara patienter för vilka vårdplan är upprättad vid enheter för somatisk akutsjukvård eller geriatrisk vård eller psykiatrisk vård inom landstingets slutna hälso- och sjukvård.</p> <p>Med utskrivningsklar avses patient som av den ansvarige läkaren bedömts inte längre vara i behov av landstingets slutenvård.</p> <p>Vårdplan anses upprättad när den har justerats av berörda enheter.</p>	
	<p>10 a § Kan vårdplan inte upprättas pga. att patienten eller behörig ställföreträdare ej medgivit det skrivs patienten ut när läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar. Kommu-</p>	

	nen blir inte betalningsansvarig för sådan patient.	
	10 b § Kan vårdplan inte upprättas pga. att kommunen ej medverkar inträder kommunens betalningsansvar när patienten bedöms utskrivningsklar men kvarstannar inom slutenvården.	
	10 c § Kan sådan öppenvård som landstinget har ansvar för och som anges i vårdplanen ej utföras blir kommunen inte betalningsansvarig om patienten kvarstannar inom slutenvården.	
	<p>10 d § Slutenvårdsläkaren vid den enhet som patienten visats på är skyldig att vid intagningen underrätta folkbokföringskommunens socialtjänst om läkaren bedömer att patienten kan komma att vara i behov av socialtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård efter utskrivningen från slutenvårdsenheten.</p> <p>Motsvarande underrättelse skall tillställas landstingets primärvård, öppna psykiatrivården eller annan öppenvårdsenhet om slutenvårdsläkaren bedömer att patienten kan komma att vara i behov av sådan hälso- och sjukvård som någon av dessa enheten ansvarar för.</p> <p>Om sådan underrättelse vid intagningstillfället inte bedömts behövlig men läkaren senare bedömer att patienten kommer att få motsvarande behov av hjälp, skall underrättelse genast tillställas de i 1:a och 2:a st. angivna mottagarna.</p>	<p>När ansvarig läkare inom den slutna vården tagit ställning till att patienten kan behöva vård och omsorg efter sjukhusvistelsen, skall – om patienten samtycker till det eller det kan antas att patienten inte har något att invända mot det – information om patienten översändas till socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården.</p>

	<p>Sådan underrättelse skall om patienten eller dennes ställföreträdare så medger dels innehålla information som behövs för att vårdplanering skall kunna inledas dels innehålla kallelse till planeringsmöte eller motsvarande.</p>	
	<p>10 e § Kommunens socialtjänst, landstingets psykiatrivård eller annan öppenvårdsenhet är skyldig att gemensamt senast dagen efter kallelse av slutenvårdsläkaren tillsammans med denne påbörja planeringen av den vård och omsorg som patienten är i behov av efter utskrivningen.</p>	
	<p>10 f § Patientens behov av insatser från landstingets öppenvård, från socialtjänsten och från den kommunala hälso- och sjukvården skall klarläggas. I vårdplanen skall anges vilken enhet som ansvarar för respektive insats.</p>	
	<p>10 g § Intill dess att den ansvarige slutenvårdsläkaren förvissat sig om att patienten blivit omhändertagen av läkare i öppen vård ligger det medicinska ansvaret för patienten på läkare på den enhet som patienten skrivs ut från.</p>	<p>Innan läkaren beslutar att en patient är medicinskt färdigbehandlad, skall läkaren ta ställning till om den hälso- och sjukvård som landstinget skall svara för inom den öppna hälso- och sjukvården är tillräcklig för patientens behov.</p>
	<p>10 h § När vårdplanen är upprättad och patienten är utskrivningsklar skall utskrivning ske. Meddelande om ut-</p>	<p>Samma dag som patienten skrivs ut skall ett utskrivningsmeddelande skickas till social-</p>

	<p>skrivning skall tillställas ansvariga enheter enligt 10 d § 1 och 2 st. senast dagen före beräknad utskrivning.</p> <p>Vid utskrivning skall om patienten/ställföreträdaren medger det erforderlig information om patienten meddelas till enhet som avses i 10 d § 1 och 2 st.</p>	<p>tjänsten och den öppna hälso- och sjukvården. Avsändare och mottagare av denna information kan bestämmas lokalt. Kommer man inte överens om annat skall utskrivningsmeddelandet sändas till biståndshandläggaren inom socialtjänsten, ansvarig sjuksköterska vid aktuell boendeform och/eller inom den öppna hälso- och sjukvården samt ansvarig läkare. Ett exemplar av utskrivningsmeddelandet skall överlämnas till patienten eller den som följer med patienten från sjukhuset.</p>
<p>11 § Kommer inte ett landsting och en kommun överens om annat inträder betalningsansvar som avses i 10 § dagen efter det att landstinget anmält hos kommunen att patienten är medicinskt färdigbehandlad.</p> <p>Betalningsansvar enligt första stycket inträder dock tidigast fem vardagar, lördag, midsommarafton, julafton oräknade, efter det att landstinget och kommunen inlett planeringen av pati-</p>	<p>11 § Kommer inte ett landsting och en kommun överens om annan tid inträder kommunens betalningsansvar dagen efter det att patienten är utskrivningsklar och vårdplan är upprättad.</p> <p>För den somatiska akut-sjukvården och geriatriska inträder betalningsansvaret tidigast 5 vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade efter det att kallelse till vårdplanering skedde.</p> <p>För den psykiatriska vården inträder betalningsansvaret tidigast 30 vardagar, lördagar, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade efter det att kallelse till vårdplanering skedde.</p>	

<p>entens fortsatta vård. För det fall betalningsansvar inte inträder enligt första och andra styckena inträder betalningsansvaret fem vardagar, lördag, midsommarafteon, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att landstinget hos kommunen anmält att patienten är medicinskt färdigbehandlad. Lag 1994:1099</p>	<p>Kommunen anses ha mottagit kallelse till vårdplanering när landstingets kvitt visar att meddelandet har gått fram.</p>	
<p>12 § Ersättning för vård av medicinskt färdigbehandlade patienter skall lämnas med belopp som motsvarar den omvårdnad som patienten erhåller på enheten. Beloppen skall motsvara genomsnittet i riket och omräknas årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i riket. Första stycket gäller inte om ett landsting och en kommun kommer överens om annan ersättning för medicinskt färdigbehandlade patienter. Sådan särskilt överenskommen ersättning får dock inte understiga den genomsnittliga kostnaden för omvårdnaden om patienter vid en</p>	<p>12 § Ersättning för vård av utskrivningsklara patienter skall lämnas med belopp som motsvarar den omvårdnad som patienten erhåller på enheten. Beloppen skall motsvara genomsnittet i riket och omräknas årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i riket. Första stycket gäller inte om ett landsting och en kommun kommer överens om annan ersättning för utskrivningsklara patienter. Sådan särskilt överenskommen ersättning får dock inte understiga den genomsnittliga kostnaden för omvårdnaden om patienter vid en enhet för geriatrisk vård. Regeringen fastställer årligen de belopp som avses i första och andra styckena. <i>Lag 1994:1099</i></p>	

<p>enhet för geriatrisk vård. Regeringen fastställer årligen de belopp som avses i första och andra styckena. <i>Lag 1994:1099</i></p>		
<p><i>Annan sjukvård</i> 13 § Ett landsting och en kommun kan gemensamt även för andra medicinskt färdigbehandlade patienter än som avses i 10 § första stycket och för sjukhusanknuten hemsjukvård. Landstinget och kommunen bestämmer gemensamt de förutsättningar som skall gälla för ett sådant betalningsansvar. <i>Lag 1994:1099</i></p>	<p>13 § Ett landsting och en kommun kan gemensamt bestämma att kommunen skall ha betalningsansvar även för andra utskrivningsklara patienter än som avses i 10 § första stycket och för sjukhusanknuten hemsjukvård. Landstinget och kommunen bestämmer gemensamt de förutsättningar som skall gälla för ett sådant betalningsansvar.</p>	
<p>14 § Har ett landsting och en kommun träffat en överenskommelse som avses i 13 §, får landstinget lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överenskommelsen. <i>Lag 1994:1099</i></p>		

<p>Särskilda bestämmelser</p> <p>15 § Sekretess hindrar inte att ett landsting till en kommun lämnar uppgift om namn och folkbokföringsadress beträffande patienter för vilka kommunen har betalningsansvar. <i>Lag 1994:1099</i></p>	<p>15 § Sekretess hindrar inte att ett landsting till en kommun lämnar uppgift om namn, personnummer och folkbokföringsadress beträffande patienter som avses i 10 d § samt för patienterna för vilka kommunen har betalningsansvar. <i>Lag 1994:1099</i></p>	
<p>16 § När ett landsting har överlåtit verksamheter för vård av psykiskt störda till kommuner som ingår i landstingsområdet, får kommunerna lämna ekonomiska bidrag till varandra, om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna med anledning av överlåtelsen. <i>Lag 1995:1497</i></p>		

Remissinstanser till utredningsrapporten Samarbetet kring medicinskt färdigbehandlade/utskrivningsklara patienter (Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2001-10-19)

Prop. 2002/03:20
Bilaga 5

Efter remiss har yttrande över utredningsrapporten inkommit från Justitieombudsmannen, Kammarrätten i Stockholm, Länsrätten i Göteborg, Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Handikappombudsmannen, Barnombudsmannen, Handikappförbundets Samarbetsorgan (HSO), Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Svenska Kommunaltjänstpersoners Förbund (SKPF), Svenska kommunalarbetsförbundet, Sveriges läkarförbund, Vårdförbundet, Demensförbundet, Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH), Svensk Förening för Allmänmedicin, Överläkare Jonte Takman.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 12 december 2002

Närvarande: statsministern Persson, ordförande, och statsråden Winberg, Ulvskog, Sahlin, Pagrotsky, Messing, Engqvist, Lövdén, Ringholm, Bodström, Karlsson, J.O., Sommestad, Karlsson, H., Lund, Nykvist, Andnor, Nuder, Johansson, Björklund

Föredragande: statsrådet Engqvist

Regeringen beslutar proposition 2002/03:20 Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet.

Författningsrubrik	Bestämmelser som inför, ändrar, upphäver eller upprepar ett normgivningsbemyndigande	Celexnummer för bakomliggande EG-regler
--------------------	--	---

Lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård	12 §	
---	------	--