

## CIRKULÄR

---

Avdelningen för juridik  
Anna Åberg

Regionstyrelser, Kommunstyrelser, Statsdels-  
eller kommundelsnämnder, Socialnämnder  
eller motsvarande, Hälso- och  
sjukvårdsnämnder, Regionjurister,  
Kommunjurister

### UPPGIFTER FÖR CIRKULÄRDATABASEN

Cirkulärnr: 19:48  
Diariernr: 19/01499  
Handläggare: Anna Åberg  
Ämnesord: Hälsa och sjukvård; Social omsorg; Äldreomsorg  
Avdelning: Avdelningen för juridik  
Sektion/Enhet:  
Extern medverkan:  
Datum: 2019-11-29  
Mottagare: Regionstyrelser, Kommunstyrelser, Statsdels- eller  
kommundelsnämnder, Socialnämnder eller motsvarande,  
Hälso- och sjukvårdsnämnder, Regionjurister,  
Kommunjurister  
Rubrik: Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och  
sjukvård  
Ersätter: Cirkulär 12:2 Kommunernas betalningsansvar för viss  
hälso- och sjukvård  
Bilagor:

### Sammanfattning

I detta cirkulär informeras om lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Samverkanslagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av hög kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och/eller den regionfinansierade öppna vården. Lagen ska särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det

att den behandlande läkaren bedömt patienten som utskrivningsklar. I lagen har det därför tydliggjorts att verksamheter inom socialtjänst och öppen hälso- och sjukvård tidigt måste börja planera för patientens utskrivning. Lagen innebär bland annat att regioner och kommuner tillsammans ska fastställa gemensamma riktlinjer för samverkan och komma överens om tidpunkt för kommunens betalningsansvar samt vilka belopp som ska betalas. Regionens öppna vård ska vara dirigent för samverkan och säkra den fortsatta vården utanför sjukhuset.

## SLUT UPPGIFTER FÖR CIRKULÄRDATABASEN

### **Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård**

I detta cirkulär informeras om lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (i det följande kallad samverkanslagen).

Samverkanslagen trädde i kraft den 1 januari 2018. I samband med att den nya lagen trädde i kraft upphävdes lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Samverkanslagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av hög kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och/eller den regionfinansierade öppna vården. Lagen ska särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt patienten som utskrivningsklar. I lagen har det därför tydliggjorts att verksamheter inom socialtjänst och öppen hälso- och sjukvård tidigt måste börja planera för patientens utskrivning. Lagen innebär bland annat att regioner och kommuner tillsammans ska fastställa gemensamma riktlinjer för samverkan och komma överens om tidpunkt för kommunens betalningsansvar samt vilka belopp som ska betalas. Regionens öppna vård ska vara dirigent för samverkan och säkra den fortsatta vården utanför sjukhuset. Vid den samordnande individuella planering som ska göras om patienten behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en individuell plan upprättas i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL) och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen (2001:453, SoL).

Samverkanslagen ligger i linje med inriktningen i planen för framtidens hälso- och sjukvård där primärvården ska ta ansvar för en större andel patienter och deras vårdbehov.

Texten i cirkuläret bygger i huvudsak på regeringens proposition 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*.

## **Bestämmelserna om ersättningsbelopp och tidpunkt för betalningsansvarets inträde tillämpas när huvudmännen inte kommit överens om något annat**

Samverkanslagen är i vissa delar dispositiv, vilket kommer till uttryck på så sätt att bestämmelserna i lagen om ersättningsbelopp och tidpunkt för betalningsansvarets inträde bara gäller om inte regionerna och kommunerna, utifrån lokala förutsättningar, avtalat om andra rutiner eller ersättningar. Region och kommun får således träffa en överenskommelse om att kommunens betalningsansvar ska inträda vid en annan tidpunkt än den som anges i 5 kap. 4 § samverkanslagen eller med ett annat belopp än det som bestäms enligt 5 kap. 6 § samverkanslagen.

Av 4 kap. 4 § samverkanslagen framgår att region och kommun i samråd ska utarbeta gemensamma riktlinjer till vårdgivare och till dem som bedriver socialtjänst avseende samverkan enligt denna lag.

Bestämmelserna i sådana regionala avtal/överenskommelser samt riktlinjer ska följas i respektive län.

### **Ansvarig kommun**

Huvudregeln är att den kommun där patienten är folkbokförd har betalningsansvaret.<sup>1</sup>

För personer som efter beslut av en kommun vistas i en annan kommun ligger betalningsansvaret, i vissa fall, på den kommun som beslutat om vistelsen. Det gäller för de personer som har beslut enligt socialtjänstlagen om vistelse i

- en särskild boendeform för äldre,<sup>2</sup>
- en bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning,<sup>3</sup> eller
- i enskild verksamhet som motsvarar dessa boenden.<sup>4</sup>

I övriga fall då en enskild till följd av ett beslut av en kommun vistas i en annan kommun är det huvudregeln, dvs. folkbokföringskommunens ansvar, som gäller.

### **Betalningsansvar för utskrivningsklara patienter**

En kommun har betalningsansvar för patient som vårdas i slutna vård efter det att den behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar<sup>5</sup>. Betalningsansvaret förutsätter att den slutna vården har:

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

---

<sup>1</sup> Se 5 kap. 2 § samverkanslagen

<sup>2</sup> Sådan boendeform som avses i 5 kap. 5 § andra eller tredje stycket SoL

<sup>3</sup> Sådan boendeform som avses i 5 kap. 7 § tredje stycket SoL.

<sup>4</sup> Se 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL.

<sup>5</sup> Se 5 kap. 1 § samverkanslagen

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

Med *sluten vård* avses hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning och med *öppen vård* avses annan hälso- och sjukvård än sluten vård.

För patienter som vårdas med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128, LPT) eller lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129, LRV) måste i vissa fall den behandlande läkarens bedömning föregås av ett beslut av domstol att tvångsvården ska upphöra för att en patient ska anses vara utskrivningsklar.<sup>6</sup> En underrättelse i enlighet med 7 a § tredje stycket LPT motsvarar i dessa fall en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar enligt p. 2 ovan.<sup>7</sup>

### **Aktuella patientgrupper**

Betalningsansvaret gäller för alla patienter oavsett ålder, diagnos m.m. som vårdas inom den slutna vården och som av slutenvården bedöms vara i behov av hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst efter utskrivningen, antingen från både regionen och kommunen eller enbart från kommunen.

### **Utskrivningsklar**

En patient är utskrivningsklar om han eller hon inte längre bedöms behöva vård vid en enhet inom den slutna hälso- och sjukvården. Det är den behandlande läkaren som, med hänsyn till patientens hälsotillstånd samt till vetenskap och beprövad erfarenhet, avgör när patienten inte längre är i behov av den slutna hälso- och sjukvården.

Begreppet utskrivningsklar omfattar även utskrivningsklara patienter i sluten psykiatrisk vård, dvs. dels sådan psykiatrisk vård som ges i frivilliga former enligt HSL, och dels sådan tvångsvård som ges med stöd av LPT eller LRV.

En person betraktas som utskrivningsklar då behov av slutenvård inte längre finns. Det gäller även i de fall då det efter slutenvården är aktuellt med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård.

#### *Vid permission är patienten inte utskrivningsklar*

Patienter som fortfarande är i behov av tvångsvård inom slutenvården är inte utskrivningsklara. Kommunerna kan därför inte bli betalningsansvariga för vården av patienter som har permission från den slutna vården. Enligt Regeringsrättens (numera Högsta förvaltningsdomstolen) praxis (RÅ 2000 ref. 39) anses dock pågående tvångsvård i sig inte innebära att den enskilde kan nekas insatser av kommunen. För att möjliggöra en utslussning från tvångsvården kan patienten under permission ha

---

<sup>6</sup> Det gäller för patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV där chefsöverläkaren ansöker om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård samt om vården sker med stöd av LRV med särskild utskrivningsprövning (SUP).

<sup>7</sup> Se 3 kap. 1 § andra stycket samverkanslagen

behov av insatser enligt SoL eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), t.ex. ett anpassat boende eller en kontaktperson.

## **Planeringsprocessen för insatser efter slutenvård**

### **Inskrivningsmeddelande**

Ett inskrivningsmeddelande är ett meddelande från slutenvården till berörda enheter inom socialtjänst, kommunalt finansierad hälso- och sjukvård eller regionfinansierad öppen vård som syftar till att informera om att en viss patient blivit inskriven i den slutna vården och kan komma att behöva insatser av socialtjänsten eller hälso- och sjukvården efter det att patienten har skrivits ut.<sup>8</sup>

Med berörda enheter avses de enheter inom kommun och region, inklusive offentligt finansierade privata utförare, som förväntas tillhandahålla den socialtjänst eller hälso- och sjukvård som den behandlande läkaren bedömer att patienten har behov av efter utskrivningen. Det kan t.ex. röra sig om de enheter i kommunen som handlägger bistånds- och LSS-ärenden samt om enheter inom öppenvården, dvs. primärvården, den specialiserade öppenvården samt de enheter som i dagsläget genomför vård- och omsorgsinsatser i kommunal verksamhet.

Ett inskrivningsmeddelande ska alltid skickas till den regionfinansierade öppna vården även om patienten endast bedöms ha behov av insatser från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Detta har sin grund i att den kommunala hälso- och sjukvården inte ansvarar för läkarinsatser vilket innebär att läkare i regionens öppna vård har ett medicinskt ansvar för patienten, t.ex. när det gäller ordinationer av läkemedel. Därför är det viktigt att säkerställa att även den regionfinansierade öppna vården får kännedom om patientens slutna vård samt deltar i samarbetet kring den enskilde.

Berörda enheter bör återkoppla till slutenvården att man har mottagit inskrivningsmeddelandet.

Om patienten inte bedöms behöva insatser av socialtjänsten eller hälso- och sjukvården så behöver det dock inte skickas något inskrivningsmeddelande.

### **Av vem och när ska inskrivningsmeddelandet skickas?**

Inskrivningsmeddelandet ska skickas av den slutna vården. Det är vårdgivaren som bestämmer vem inom den slutna vården som ska skicka meddelandet.

En viktig målsättning med samverkanslagen är att säkerställa att planeringsarbetet rörande patienten kommer igång tidigt i processen. Inskrivningsmeddelandet ska därför skickas *senast 24 timmar efter det att patienten har skrivits in i den slutna vården*. Om den behandlande läkaren först senare i vårdförloppet bedömer att en patient kan komma att behöva insatser av socialtjänst eller hälso- och sjukvård efter utskrivning från den slutna vården, så ska inskrivningsmeddelandet skickas till

---

<sup>8</sup> Se 2 kap. 1 § samverkanslagen

berörda enheter senast 24 timmar efter det att den behandlande läkaren gjorde den bedömningen.<sup>9</sup>

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

### **Inskrivningsmeddelande även vid tvångsvård**

Eftersom en kommun kan få betalningsansvar även för patienter som vårdats med stöd av LPT eller LRV så ska inskrivningsmeddelandet skickas till berörda enheter även vid sådan vård.

### **Inskrivningsmeddelandets innehåll**

Inskrivningsmeddelandet ska innehålla upplysningar om patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress samt om beräknad tidpunkt för utskrivning.<sup>10</sup>

### **Viss information får lämnas utan samtycke av patienten**

Med stöd av sekretessbrytande bestämmelser i samverkanslagen och i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400, OSL) får ett inskrivningsmeddelande innehålla sekretessbelagda uppgifter i form av namn, personnummer och folkbokföringsadress utan att något samtycke behöver inhämtas från patienten.

Om det finns behov eller önskemål att skicka uppgifter utöver dessa så måste dock detta ske med stöd av patientens samtycke eller i övrigt med beaktande av bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt i OSL och patientsäkerhetslagen (2010:659).

### **Fast vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården**

För både den somatiska och den psykiatriska vården innebär den nya samverkanslagen att den regionfinansierade öppna vården får en ny och mer aktiv roll än tidigare. Så snart som en enhet vid den regionfinansierade öppna vården har tagit emot ett inskrivningsmeddelande så ska verksamhetschefen vid den enheten utse en fast vårdkontakt för patienten.<sup>11</sup> Den fasta vårdkontakten kan antingen vara någon i hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, en sjuksköterska eller en psykolog, men det kan också vara en administratör som koordinerar vården. Det är individens behov som ska styra. Verksamhetschefen ska så långt det är möjligt också samråda med och respektera patientens önskemål. Om patienten redan har en fast vårdkontakt vid enheten så får denne fortsätta att vara patientens fasta vårdkontakt.

Den fasta vårdkontakten ska vara en tydligt utpekad person som ansvarar för patientens trygghet, säkerhet, kontinuitet och samordning inför och efter utskrivning. Det är den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppna hälso- och sjukvården

---

<sup>9</sup> Se 2 kap. 3 § samverkanslagen

<sup>10</sup> Se 2 kap. 2 § samverkanslagen

<sup>11</sup> Se 2 kap. 5 § samverkanslagen

som ska kalla till den samordnade individuella planeringen enligt 4 kap. 3 § samverkanslagen – se mer om detta nedan.

Det är inget som hindrar att en patient har flera fasta vårdkontakter, t.ex. patienter som har kontakter med både den regionfinansierade hälso- och sjukvården och den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. De fasta vårdkontakterna ska då tillsammans samverka och samordna insatser för patienten. Som angetts ovan är det dock den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppna vården som, enligt samverkanslagen, är ansvarig för att kalla till den samordnade individuella planeringen.

### **Planering inför patientens utskrivning**

Så snart berörd enhet inom socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade hälso- och sjukvården har fått ett inskrivningsmeddelande ska enheten påbörja sin planering av de insatser som patienten bedöms ha behov av efter utskrivning från den slutna vården.<sup>12</sup>

Planeringen inför patientens utskrivning ska alltså påbörjas redan i samband med mottagandet av inskrivningsmeddelandet. Denna planering avser den egna enhetens insatser och innebär inte någon skyldighet att i detta läge kommunicera med andra berörda enheter.

### **Åtgärder vid utskrivning**

#### **Underrättelse om att en patient är utskrivningsklar**

När den behandlande läkaren har bedömt att en patient är utskrivningsklar ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta berörda enheter om denna bedömning om inte bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt hindrar det.<sup>13</sup> Observera att om insatser har bedömts behövas av den kommunala hälso- och sjukvården så är även regionens öppna vård en berörd enhet som ska underrättas.

För patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV motsvaras en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar av en underrättelse i enlighet med 7 a § tredje stycket LPT (i 12 a § LRV anges att vad som sägs i 7 a § LPT gäller även vid rättspsykiatrisk vård).<sup>14</sup>

Om patienten inte har behov av insatser efter utskrivning vare sig från region eller kommun så ska det inte göras någon underrättelse.

#### **Av vem?**

Det är vårdgivaren som bestämmer vem inom den slutna vården som ska skicka underrättelsen till berörda enheter.

---

<sup>12</sup> Se 2 kap. 6 § samverkanslagen

<sup>13</sup> Se 3 kap. 1 § samverkanslagen

<sup>14</sup> Detta gäller i samband med ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård resp. öppen rättspsykiatrisk vård för patienter som vårdas i slutna vård med stöd av LPT och LRV. Om patienten vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning (SUP) och chefsöverläkaren anser att vården bör övergå till öppen rättspsykiatrisk vård gäller istället att underrättelse ska ske enligt 16 a – b §§ LRV.



### **Informationsöverföring vid utskrivning**

Den slutna vården ska till berörda enheter överföra den information som är nödvändig för att ge patienten socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård om inte bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt hindrar det.<sup>15</sup> Det är upp till vårdgivaren för den slutna vården att tydliggöra hur den här informationsöverföringen ska gå till.

#### **När?**

Informationsöverföringen av nödvändiga uppgifter ska göras senast samma dag som patienten skrivs ut från den slutna vården.

### **Informationsöverföringen förutsätter patientens samtycke, sekretessbrytande regel eller att uppgifter kan lämnas ut efter en menprövning**

Underrättelse om att patienten är utskrivningsklar liksom all övrig informationsöverföring mellan berörda enheter vid en patients utskrivning förutsätter att bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det. Utgångspunkten är att sekretess (offentlig verksamhet) och tystnadsplikt (privat verksamhet) gäller för uppgifter om en enskild persons hälsotillstånd och andra personliga förhållanden. Det betyder att uppgifterna bara kan lämnas ut om den enskilde samtycker till det, det finns en sekretessbrytande regel som är tillämplig (t.ex. 25 kap. 11 § p. 2 OSL eller 25 kap. 13 § OSL) eller efter en menprövning i enlighet med tillämplig sekretessbestämmelse som resulterat i bedömningen att sekretess inte föreligger.

Utgångspunkten för all vård och behandling är ett väl utvecklat samarbete med patienten/den enskilde själv och, i förekommande fall, hans eller hennes närstående. Därför bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten alltid i första hand efterfråga patientens inställning till att uppgifter lämnas ut och på så sätt utverka ett samtycke till informationsöverföringen.

Vid all informationsöverföring är det viktigt att komma ihåg att det är den myndighet/aktör som har de sekretesskyddade uppgifterna som har en skyldighet att göra en prövning av om uppgifterna kan lämnas ut. Det är alltså den myndigheten/aktören som måste säkerställa att den enskilde samtycker till utlämnandet. Det betyder i sin tur att utgångspunkten är att varje berörd myndighet/aktör själv måste inhämta den enskildes inställning till saken innan sekretesskyddade uppgifter kan lämnas ut.

### **Information till patienten**

I 3 kap. patientlagen finns bestämmelser om den information som ska ges till patienten och, i förekommande fall, dennes närstående vid utskrivning.

Om avsikten är att patienten efter utskrivning ska få insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården så ska patienten få en sammanfattande information om den vård och behandling som getts under vårdtiden. Om information finns tillgänglig, ska patienten även få uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt, tidpunkt för när

---

<sup>15</sup> Se 3 kap. 2 § samverkanslagen



samordnad individuell planering avses genomföras och uppgifter om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen.<sup>16</sup>

Kraven på att patienten ska, om uppgifterna finns tillgängliga, få information om bl.a. befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen har införts i syfte att säkerställa att det finns ett mottagande förberett när patienten skrivs ut samt för att minska risken för onödiga återinskrivningar i slutna vård. Det är endast i de fall då det skulle leda till orimliga krav på den slutna vården att efterforska och begära in information från övriga enheter som uppgifterna inte kan anses vara tillgängliga och patienten följaktligen inte kan få sådan information från den slutna vården.

I informationen om vilka insatser som planeras bör det finnas uppgift om vem som övertar det medicinska ansvaret för patientens vård samt var patienten kan vända sig med frågor efter utskrivning. Till utskrivningsinformationen bör även bifogas information om patientens läkemedel, instruktioner för egenvård och annat som är väsentligt för patienten.

Även övriga bestämmelser om information i 3 kap. patientlagen gäller i tillämpliga delar, t.ex. under vilka förutsättningar som information kan lämnas till en närstående till patienten (4-5 §§) och kravet på att informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (6 §).

Socialstyrelsen har möjlighet enligt sitt bemyndigande i 2 § 1 och 4 samt 3 § i förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. att meddela ytterligare föreskrifter om den information som patienten bör få vid utskrivningen. Några sådana föreskrifter har ännu inte meddelats.

## **Samverkan mellan region och kommun**

### **Samordnad individuell planering**

Om patienten efter utskrivning behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst så ska en samordnad individuell planering genomföras.<sup>17</sup>

Den samordnade individuella planeringen förutsätter att patienten inte motsätter sig en sådan gemensam planering – se mer om detta nedan på s. 12 (under rubriken ”Patienten måste samtycka till upprättandet av den samordnade individuella planen”).

### **Vilka ska delta i den samordnade individuella planeringen?**

Den samordnade individuella planeringen ska göras av representanter från de enheter som ansvarar för de insatser som patienten behöver.

Om patienten har behov av insatser från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården ska den regionfinansierade öppna vården delta i den samordnade individuella planeringen. Med andra ord ska den regionfinansierade öppna vården

---

<sup>16</sup> Se 3 kap. 2 b § patientlagen

<sup>17</sup> Se 4 kap. 1 § samverkanslagen

delta i den samordnade individuella planeringen både i de fall när den uttryckligen har ett eget ansvar för insatser till patienten och i de fall då insatserna huvudsakligen ska genomföras av den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården.

Ansvarig enhet inom den regionfinansierade öppna vården behöver nödvändigtvis inte vara en enhet inom primärvården utan det kan röra sig om t.ex. en öppen specialistmottagning.

### **Vem ska kalla till den samordnade individuella planeringen?**

Det är patientens fasta vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården som är ansvarig för att skicka kallelsen till berörda enheter.<sup>18</sup> Detta gäller även i de fall då den fortsatta hälso- och sjukvården i huvudsak förväntas tillhandahållas av kommunens enheter.

Om patienten har flera fasta vårdkontakter vid olika enheter inom den regionfinansierade öppna vården får dessa sinsemellan avgöra vem som ska ha kallelseansvaret utifrån en bedömning av patientens fortsatta vårdbehov och patientens egen uppfattning.

### **När?**

Kallelsen ska skickas senast tre dagar efter det att en underrättelse om att en patient är utskrivningsklar har lämnats.<sup>19</sup>

### **När behöver en samordnad individuell planering *inte* göras?**

Exempel på när en samordnad individuell planering inte behöver göras är när:

- patienten inte samtycker till att en sådan görs,
- patienten bedöms endast ha behov av socialtjänstinsatser efter utskrivningen,
- patienten bedöms endast ha behov av insatser från den regionfinansierade öppna vården efter utskrivningen,
- patienten endast samtycker till socialtjänstinsatser och inte till insatser från den regionfinansierade öppna vården eller vice versa.

### **Särskild planering för patienter som vårdas i slutenvård enligt LPT och LRV**

För patienter som efter utskrivning behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård, ska planeringen istället genomföras enligt bestämmelserna om samordnad vårdplan (även kallad SVPL) i 7 a § LPT och 12 a § LRV.

Dessa bestämmelser innebär i korthet följande: När det gäller patienter som vårdas i slutenvård psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård så får chefsöverläkaren hos allmän förvaltningsdomstol ansöka om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård när han eller hon anser att patienten bör ges sådan vård. Till ansökan ska bifogas en samordnad vårdplan av vilken det bl.a. ska framgå patientens behov av insatser från hälso- och sjukvården resp. socialtjänsten samt vilken enhet vid

---

<sup>18</sup> Se 4 kap. 3 § första stycket samverkanslagen

<sup>19</sup> Se 4 kap. 3 § andra stycket samverkanslagen

regionen, kommunen eller annan huvudman som ansvarar för de insatser som planeras. Det ska även framgå vilka beslut som kommunen har fattat för att tillgodose patientens behov. Det är chefsöverläkaren som ansvarar för att en samordnad vårdplan upprättas. Vid en ansökan om fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård ska en uppföljning av den samordnade vårdplanen lämnas in.

Även för patienter som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning (SUP), och där chefsöverläkaren ansöker om att vården ska övergå till öppen rättspsykiatrisk vård, ska planeringen genomföras enligt bestämmelserna om samordnad vårdplan (underrättelse sker då i enlighet med bestämmelserna i 16 a – b §§ LRV.)

För patienter som skrivs ut från sluten psykiatrisk tvångsvård eller sluten rättspsykiatrisk vård direkt till öppen vård enligt HSL (t.ex. psykiatrisk öppen vård), gäller däremot att en samordnad individuell planering ska göras enligt bestämmelserna i samverkanslagen på samma sätt som vid utskrivning från övrig sluten vård.

### **Samordnad individuell plan, SIP**

Vid den samordnade individuella planeringen ska enligt 4 kap. 2 § samverkanslagen enheterna upprätta en individuell plan i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena HSL och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena SoL. Den samordnande individuella planen, även kallad SIP, är således huvudmännens gemensamma verktyg för den samordnade individuella planeringen efter utskrivning från sluten vård.

Samordnad individuell planering enligt samverkanslagen omfattar även den kommunala hälso- och sjukvården till skillnad mot bestämmelserna om individuell plan i HSL och SoL som enligt förarbetena inte ska tillämpas av den kommunala hälso- och sjukvården (se prop. 2008/09:193 s. 22). Det innebär att bestämmelserna om individuell plan i HSL och SoL resp. samverkanslagens regler om samordnad individuell planering kan komma att omfatta samma patienter. Det i sin tur betyder att berörda enheter måste göra en bedömning av i vilken mån olika planer kan behöva samordnas.

### **När?**

Arbetet med den individuella planen ska påbörjas utan dröjsmål. Det innebär i normalfallet att den första kontakten mellan region och kommun ska tas inom några dagar från det att ett behov har identifierats. Det finns dock inget krav på att planen ska vara klar innan patienten har skrivits ut från den slutna vården (se dock nedan vad som gäller i fråga om utskrivning från sluten psykiatrisk tvångsvård och sluten rättspsykiatrisk vård). Tiden måste anpassas till behoven hos den enskilde. Det betyder att det ibland kan vara nödvändigt med en omedelbar planeringsinsats från region och kommun.

Det är viktigt att komma ihåg att den samordnade individuella planeringen inte är att betrakta som en punktinsats, utan snarare som en process som innebär att berörda enheter har ett löpande samarbete med varandra i både ett kortsiktigt och ett långsiktigt perspektiv.

Det finns dock ett undantag när det inte är möjligt med gemensam planering efter det att patienten har skrivits ut från den slutna vården och det gäller patienter som vårdas i slutna vård enligt LPT och LRV och som ska skrivas ut till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård. Som angetts ovan ska den samordnade individuella planeringen för dessa patienter genomföras enligt bestämmelserna om samordnad vårdplan i 7 a § LPT och 12 a § LRV. Dessa bestämmelser förutsätter att en samordnad vårdplan ska vara upprättad vid själva ansökan om öppen tvångsvård vilket innebär att det i dessa fall inte är möjligt att göra den gemensamma planeringen efter det att beslut om öppen tvångsvård har fattats.

### **Patienten måste samtycka till upprättandet av den samordnade individuella planen**

Upprättandet av den samordnade individuella planen förutsätter att patienten samtycker. Ett samtycke kan lämnas skriftligen, muntligen eller genom att patienten på annat sätt visar att han eller hon samtycker. Även i de fall då samtycket inte inhämtas skriftligt så bör det dokumenteras att patienten har samtyckt.

Om en patient motsätter sig att en samordnad individuell plan upprättas så ska det accepteras. Det är emellertid viktigt att patienten dessförinnan har fått information om dels vad den samordnade individuella planeringen innebär, dels vad ett beslut om att inte lämna samtycke kan betyda för hans eller hennes fortsatta vård eller omsorg. Observera också att det förhållandet att en patient motsätter sig en samordnad planering inte nödvändigtvis innebär att han eller hon även motsätter sig själva insatserna från de berörda enheterna. Om patienten inte motsätter sig själva insatserna så betyder det att varje berörd enhet i enlighet med 2 kap. 6 § samverkanslagen både kan och ska fortsätta att planera för just de insatser som enheten svarar för.

### **Närståendes roll samt samtycke vid nedsatt beslutsförmåga**

Som angetts ovan ska vid den samordnade individuella planeringen en individuell plan upprättas i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena HSL och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena SoL. I dessa bestämmelser och i tillhörande förarbete (prop. 2008/09:193 s 24-25) lyfter man fram att närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Detta innebär att släktingar och vänner som står den enskilde nära kan involveras. Planeringen ska utgå från personens hela livssituation och där kan närstående ha en viktig roll att fylla. Den närstående har dock inga rättsliga befogenheter att agera som ställföreträdare för en vuxen person när det gäller att ta emot medicinska insatser från hälso- och sjukvården. Däremot kan den som företräder någon med en s.k. framtidsfullmakt samtycka till att en SIP upprättas – se mer om detta nedan under avsnittet Framtidsfullmakt.

#### *Anhörigas behörighet att rättshandla i vissa fall*

Den 1 juli 2017 infördes i 17 kap. föräldrabalken nya bestämmelser om anhörigas behörighet att rättshandla i vissa fall. Behörigheten gäller endast för ekonomiska angelägenheter.

Bestämmelserna innebär att om det är uppenbart att någon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller något liknande förhållande inte längre har förmåga att ta hand om sina ekonomiska angelägenheter så är en anhörig behörig att för den enskildes räkning vidta ordinära rättshandlingar med anknytning till dennes dagliga livsföring.

Som exempel anges i förarbetena betalningar hänförliga till bl.a. boendet, transporter och sociala tjänster. Även utgifter såsom kostnader för läkarbesök och tandvård inryms i anhörigbehörigheten. Som led i att tillgodose den enskildes behov ingår även att för den enskildes räkning exempelvis ansöka om sociala förmåner enligt socialförsäkringsbalken eller bistånd enligt socialtjänstlagen, t.ex. hemtjänst.

Behörigheten för en anhörig gäller inte i de frågor där den enskilde företräds av en god man enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken, en förvaltare enligt 11 kap. 7 § samma lag eller en framtidsfullmaktshavare (se nedan).

Frågan om anhörigas behörighet att rättshandla i vissa fall behandlas även i cirkulär 18:14 ”Socialnämndens anmälningsskyldighet i frågor som rör god man, förvaltare samt vissa vårdnads- och förmynderskapsfrågor”.

#### *Framtidsfullmakt*

Lagen (2017:310) om framtidsfullmakt trädde i kraft den 1 juli 2017. Enligt bestämmelserna i lagen kan en person ge någon annan fullmakt att i framtiden företräda denne. Fullmakten blir sedan aktuell då personen varaktigt och i huvudsak inte kan företräda sig själv p.g.a. sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller något liknande förhållande.

Den som företräder någon med en framtidsfullmakt kan samtycka till att en SIP upprättas. Företrädare med framtidsfullmakt kan även ansöka om stöd enligt socialtjänstlagen och LSS samt om ersättningar från till exempel Försäkringskassan. En framtidsfullmakt får dock inte omfatta åtgärder enligt hälso- och sjukvårdslagen eller tandvårdslagen. Den innebär att den som företräder någon med framtidsfullmakt kan hjälpa den personen när det gäller kontakterna med hälso- och sjukvården och tandvården, men kan alltså inte samtycka till själva den medicinska insatsen från hälso- och sjukvården eller tandvården i den personens ställe.

Frågan om framtidsfullmakt behandlas även i cirkulär 18:14 ”Socialnämndens anmälningsskyldighet i frågor som rör god man, förvaltare samt vissa vårdnads- och förmynderskapsfrågor”.

#### **Riktlinjer och överenskommelser**

Samverkanslagen förutsätter att region och kommun i samråd utarbetar gemensamma lokala riktlinjer till vårdgivare och till dem som bedriver socialtjänst om hur samverkan ska ske enligt lagen. Huvudmännen måste samarbeta för att skapa regler och riktlinjer samt planera för hur den sammanhållna vården ska se ut för utskrivningsklara patienter. Det är huvudmännen själva som får bestämma formerna för sådana riktlinjer och hur detaljerade de ska vara. Huvudmännens riktlinjer får sedan ligga till grund för mer verksamhetsnära rutiner.

Exempel på frågor där huvudmännen kan komma överens är hur informationsöverföringen ska gå till, hur man ska lösa tvister som gäller samarbetet kring den enskilde och kommunens betalningsansvar, formerna för gemensam uppföljning av hur samarbetet fungerar, administrativa rutiner avseende fakturering av de avgifter som kommunen ska betala samt hur och när överenskommelsen ska följas upp.

### **Bestämmelserna om ersättningsbelopp och tidpunkt för betalningsansvarets inträde tillämpas när huvudmännen inte kommit överens om något annat**

Regioner och kommuner får träffa överenskommelser om att kommunens betalningsansvar ska inträda vid en annan tidpunkt och med ett annat belopp än vad som anges i samverkanslagen.<sup>20</sup>

Det här innebär att huvudmännen på olika sätt kan skräddarsy processen utifrån lokala eller regionala förutsättningar.

Konsekvensen av att någon sådan överenskommelse *inte* träffas mellan huvudmännen är att de tidsfrister och belopp som anges i 5 kap. 4 och 6 §§ samverkanslagen kommer att gälla.

## **Kommunens betalningsansvar**

### **När inträder betalningsansvaret**

Om en region och en kommun inte kommer överens om en annan tidpunkt så inträder kommunens betalningsansvar *tre dagar efter det att en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar* har skickats till berörda enheter. Om underrättelsen skickas efter kl. 12.00 inträder kommunens betalningsansvar dock fyra dagar efter det att underrättelsen har skickats.<sup>21</sup>

Med dagar avses kalenderdagar och det betyder att t.ex. helger, midsommarafton och julafton också räknas som fristdagar.

Om patientens tillstånd skulle försämrats efter det att underrättelsen har skickats och patienten inte längre är att betrakta som utskrivningsklar, ska den slutna vården underrätta berörda enheter om förändringen. Därefter får en ny underrättelse om att patienten är utskrivningsklar skickas när patienten bedöms vara utskrivningsklar. Tidsfristen räknas då från den senaste underrättelsen.

### **Ytterligare förutsättningar för kommunens betalningsansvar**

Kommunens betalningsansvar förutsätter vidare enligt 5 kap. 3 § samverkanslagen att den slutna vården har:

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

---

<sup>20</sup> Se 4 kap. 5 § samverkanslagen

<sup>21</sup> Se 5 kap. 4 § samverkanslagen



För patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV och som ska skrivas ut till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård motsvaras en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar enligt punkt 2 av en underrättelse i enlighet med 7 a § tredje stycket LPT (i 12 a § LRV anges att vad som sägs i 7 a § LPT gäller även vid rättspsykiatrisk vård).

För de fall då en samordnad individuell planering ska genomföras enligt 4 kap. 1 och 2 §§ samverkanslagen är kommunen betalningsansvarig endast om den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppna vården har kallat till samordnad individuell planering enligt 4 kap. 3 § i lagen.

Om patienten inte har behov av insatser från både kommun och region i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst eller om patienten inte samtycker till den samordnade individuella planeringen är villkoren inte uppfyllda och någon kallelse till samordnad individuell planering enligt 4 kap. 3 § samverkanslagen kan inte skickas. Under förutsättning att övriga villkor för kommunens betalningsansvar är uppfyllda inträder i dessa fall kommunens betalningsansvar ett visst antal dagar efter det att en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar har skickats. Detsamma gäller för de fall då patienten bedöms endast ha behov av socialtjänstinsatser efter utskrivning.

### **När har kommunen *inte* betalningsansvar?**

I vissa situationer inträder inte kommunens betalningsansvar, till exempel:

- om den slutna vården inte har underrättat kommunen om att patienten har skrivits in (skickat ett inskrivningsmeddelande) i enlighet med 2 kap. 1 – 3 §§ samverkanslagen,
- om den slutna vården inte har underrättat berörda enheter i kommunen om att patienten är utskrivningsklar i enlighet med 3 kap. 1 § samverkanslagen,
- om den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppenvården inte har kallat till samordnad individuell planering (i de fall då sådan är aktuell), eller
- om patienten inte kan skrivas ut från den slutna vården p.g.a. att de insatser som den regionfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga eller om det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga.

Observera att även om patienten inte samtycker till en samordnad individuell planering och upprättandet av en samordnad individuell plan (SIP), så kan kommunens betalningsansvar ändå inträda under förutsättning att övriga villkor i 5 kap. 3 § samverkanslagen är uppfyllda. Om patienten däremot också avböjer insatser från kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvård kan dock inte kommunen bli betalningsskyldig för patienten eftersom den enskildes samtycke är en förutsättning för att kommunen ska kunna ge insatser.

### **Ersättningsbelopp – när man inte kommer överens om annat**

Om huvudmännen inte kommer överens om någon annan ersättning, så ska kommunen lämna ersättning för vård av utskrivningsklara patienter med det belopp som motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vårdtygn i den slutna vården.



Beloppet ska räknas om årligen med beaktande av utvecklingen av kostnader för vårdplatser i den slutna vården.<sup>22</sup>

Socialstyrelsen meddelar föreskrifter om det belopp som kommunen ska lämna i ersättning till en region för vård av en utskrivningsklar patient enligt ovan. Av Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2019:24) om belopp för vård av utskrivningsklara patienter för år 2020 framgår att för år 2020 är beloppet fastställt till 8 200 kr för ett vård dygn.

### Övrigt

Frågor med anledning av detta cirkulär besvaras av Anna Åberg, tel. 08-452 73 53, eller Ellinor Englund 08-452 75 46 på deras respektive telefontider. De kan också nås via mail på [anna.aberg@skr.se](mailto:anna.aberg@skr.se) respektive [ellinor.englund@skr.se](mailto:ellinor.englund@skr.se).

Sveriges Kommuner och Regioner  
Avdelningen för juridik

Germund Persson

Anna Åberg

---

<sup>22</sup> Se 5 kap. 6 § samverkanslagen