

# Revisionsrapport

GRANSKNING AV EFFEKTER AV AVTALET OM  
ANSVARSFÖRDELNING OCH UTVECKLING AVSEENDE HÄLSO-  
OCH SJUKVÅRDEN I SKÅNE

CAMILLA KARLSSON, ULF ATLES OCH BO LINDBLOM

2022-06-30

# Innehåll

<b>1. Sammanfattning.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Inledning, bakgrund och syfte.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1. Bakgrund.....</b>	<b>7</b>
<b>2.2. Syfte.....</b>	<b>7</b>
2.2.1. Omfattning.....	7
2.2.2. Övriga utgångspunkter .....	7
<b>2.3. Revisionsfrågor .....</b>	<b>7</b>
<b>2.4. Revisionskriterier .....</b>	<b>8</b>
<b>2.5. Ansvariga styrelser och nämnder.....</b>	<b>8</b>
<b>2.6. Avgränsning .....</b>	<b>8</b>
<b>3. Metod och genomförande .....</b>	<b>8</b>
<b>3.1. Granskning av sammanträdesprotokoll och övriga relevanta dokument.....</b>	<b>9</b>
<b>3.2. Intervjuer .....</b>	<b>9</b>
<b>3.3. Statistik.....</b>	<b>9</b>
<b>3.4. Enkät till patientorganisationer .....</b>	<b>9</b>
<b>3.5. Rapportering .....</b>	<b>9</b>
<b>4. Resultat av granskningen.....</b>	<b>10</b>
<b>4.1. Region Skånes efterlevnad av Avtalet.....</b>	<b>10</b>
4.1.1. Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.....	10
4.1.2. Gemensam vårdplanering.....	12
4.1.3. Rehabilitering.....	13
4.1.4. Habilitering .....	14
4.1.5. Åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning.....	15
4.1.6. Egenvård .....	16
4.1.7. Hjälpmedel.....	16
4.1.8. Palliativ vård – vård i livets slutskede .....	17
4.1.9. Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård.....	17
4.1.10. Kostnadsansvar .....	18
4.1.11. Sammanfattande bedömning av Region Skånes efterlevnad av Avtalet i de olika delarna.....	19
<b>4.2. Ansvarsfördelningen och kostnadsfördelningen mellan kommunerna och Region Skåne med anledning av Avtalet.....</b>	<b>19</b>
<b>4.3. Region Skånes respektive kommunernas bidrag till en god och ändamålsenlig samverkan kring Avtalet.....</b>	<b>21</b>
<b>4.4. Beslut och åtgärder som regionen vidtagit för att uppnå de mål och syften som anges i Avtalet .....</b>	<b>22</b>
<b>4.5. Effekter som kan påvisas för brukarna och för verksamheten.....</b>	<b>23</b>
<b>4.6. Uppföljning av Avtalet.....</b>	<b>25</b>

4.7.	Utvecklingsområden .....	26
4.8.	Påverkan av pandemin covid-19 .....	27
<b>5.</b>	<b><i>Våra sammanfattande bedömningar</i></b> .....	<b>28</b>
5.1.	Bedömning av iakttagna brister .....	28
5.2.	Vår samlade bedömning .....	29
5.3.	Svar på de särskilda revisionsfrågorna .....	31
5.4.	Rekommendationer .....	32
<b>Bilagor</b>	.....	<b>34</b>
	Bilaga 1 – Revisionskriterier .....	34
	Bilaga 2 – Genomförande .....	35
	Bilaga 3 - Inskrivna i mobilt vårdteam 2017-2021 (enligt data från primärvården) .....	36
	Bilaga 4 – Enkät svar .....	37
	Bilaga 5 - Uppgifter från Vården i siffror .....	39

## 1. Sammanfattning

På uppdrag av Revisorskollegiet i Region Skåne har KomRedo AB under februari-april 2022 granskat Effekter av Avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne (hädanefter "Avtalet").

Region Skånes fullmäktige fastställde i april 2016 en överenskommelse mellan regionen och de skånska kommunerna om ansvarsfördelning och utveckling av hälso- och sjukvården i Skåne och samtliga skånska kommuner har undertecknat Avtalet. I Avtalet ingår en grundöverenskommelse som beskriver ansvarsfördelningen mellan parterna. Avtalet innehåller även en utvecklingsplan som omfattar fyra prioriterade utvecklingsområden för det gemensamma utvecklingsarbetet samt organisering av samverkansstrukturen och dess uppdrag. Avtalet utgår ifrån att skapa en tryggare och mer sammanhållen vård för den enskilde. Avtalets syfte är att samtidigt skapa förutsättningar för en ambitionshöjning, både när det gäller kvalitet och resurseffektivitet.

Syftet med granskningen är att bedöma om Region Skåne uppnår de mål och syften som anges i Avtalet. Parallellt pågår en granskning av kommunernas ansvar för efterlevnaden av Avtalet. Föreliggande rapport utgör en delredovisning och har fokus på Region Skånes roll i den samverkan som Avtalet avser. Granskningen bygger främst på dokumentgranskning och intervjuer med tjänstepersoner inom Region Skåne samt en enkät riktad till närmast berörda patientorganisationer.

### ***Vår samlade bedömning och bedömningar med svar på revisionsfrågorna***

Mot bakgrund av genomförd dokumentgranskning som bekräftats av intervjuer och vice versa är KomRedo's samlade bedömning att Region Skånes efterlevnad av Avtalet i flera granskade delar inte når upp till de mål och syften som anges i Avtalet, men att parterna på många sätt har bidragit till en ändamålsenlig efterlevnad inom Avtalet, under rådande förutsättningar. Tillkortakommanden finns dock inom Läkarmedverkan, Rehabilitering, Habilitering, Åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning samt Egenvård.

Samtidigt finns klara brister i genomförandet och styrningen av vissa delar av Avtalet, och som resulterat i förhållandevis få korrigerande beslut utifrån uppmärksammade brister. Ett bakomliggande problem, som försvårat effektiva korrigerande åtgärder, är frånvaron av en tydligt genomförd strategi för hur resultaten av insatserna ska bedömas och hur bristande måluppfyllelse ska hanteras. KomRedo bedömer att Region Skåne inte har gjort en ändamålsenlig och inte heller dokumenterad uppföljning av Avtalet. Uppföljningsansvaret som anges i Avtalet har inte genomförts.

De beskrivna problemen i efterlevnaden av Avtalet i flera granskade delar med att uppnå en likartad implementering överallt kan till viss del förklaras av de påfrestningar på vård- och omsorgssystemet som pandemin covid-19 medförde. Men problemen med att uppnå ett brett införande fanns långt före pandemins början våren 2020.

Vi bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Region Skåne inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet. Vår bedömning är att identifierade brister och efterlevnaden av Avtalet därmed inte är ändamålsenligt.

Nedan följer KomRedo's konstateranden som ligger till grund för våra bedömningar som svar på de särskilda revisionsfrågorna:

### **1 a. Efterlevs gällande Avtal?**

Efterlevnaden av Avtalet varierar mycket mellan olika delar av Avtalet men också mellan olika geografiska områden och mellan vårdgivare. Granskningen visar att det finns brister i uppföljningen av Avtalet som innebär att ändamålsenligheten i samverkan kan ifrågasättas där samverkan resulterat i ett antal begränsade beslut, som varierar mellan de olika delregionala samverkansorganen. Vi noterar dock att de olika samverkansgrupperna i stort har fungerat enligt uppgjorda planer.

Det saknas också en systematisk uppföljning av vad som åstadkommits inom Avtalets olika områden och det finns en inbyggd osäkerhet i hur stor effekten av Avtalet är för brukarna trots att det tydligt framgår av Avtalet att insatserna i större utsträckning än tidigare ska utgå från vårdtagarens behov. Vi konstaterar också att utifrån de samlade iakttagelserna att uppföljning av Avtalet är bristfällig.

KomRedo bedömer att Region Skånes efterlevnad av Avtalet i flera granskade delar inte når upp till de mål och syften som anges i Avtalet och bedöms därmed inte vara ändamålsenligt.

### **1 b. Har Region Skåne fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet?**

Vi bedömer att Region Skåne har fullgjort sitt ansvar i vissa delar enligt Avtalet, däremot framgår av vår granskning att flera delar i Avtalet uppvisar brister och efterlevnaden av Avtalet bedöms därmed inte vara ändamålsenligt.

KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Region Skåne inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

### **2. Är ansvarsfördelningen och kostnadsfördelningen mellan Region Skåne och respektive kommun med anledning av Avtalet ändamålsenlig?**

KomRedo bedömer att den i Avtalet beskrivna ansvarsfördelningen och kostnadsfördelningen mellan Region Skåne och kommunerna är i överensstämmelse med gällande lagstiftning och myndighetsföreskrifter. Däremot bedömer vi att efterlevnaden enligt Avtalet endast delvis varit ändamålsenlig under den period som granskats, särskilt mot bakgrund av svårigheterna eller avsaknaden att ta fram data som följer upp kostnaderna.

### **3a. Bidrar Region Skåne och respektive kommun till en ändamålsenlig samverkan?**

KomRedo bedömer att både Region Skåne och kommunerna har deltagit i den samverkansstruktur som skapats av huvudmännen och de har i huvudsak fullgjort sitt åtagande i denna del. Att det förekommit meningsskiljaktigheter kring vissa frågor ändrar inte denna bedömning. Däremot vill vi ifrågasätta ändamålsenligheten i att samverkan resulterat i ett antal begränsade beslut, och speciellt då det skiftar så mycket mellan de olika delregionala samverkansorganen. De brister som påvisats i uppföljningen av Avtalet innebär också att ändamålsenligheten i samverkan kan ifrågasättas.

KomRedo bedömer att efterlevnaden av Avtalet i denna del inte är ändamålsenlig. För att samverkan ska vara helt ändamålsenlig krävs enligt vår bedömning att större brister i avtalsefterlevnaden åtgärdas.

**3b. Vilka beslut och åtgärder har vidtagits för att uppnå de mål och syften som anges i Avtalet?**

De olika samverkansgrupperna har i stort fungerat enligt uppgjorda planer. Eftersom målen inom de olika delarna i Avtalet i flera fall inte varit preciserade och kvantifierbara har måluppfyllelse varit svår att bedöma. Av detta följer att beslut och åtgärder som vidtagits för att uppnå målen inte kan verifieras. De beslut och åtgärder som vidtogs av hälso- och sjukvårdsnämnden 2019 utifrån inkomna externa utvärderingar och andra underlag bedömer vi dock som adekvata utifrån tidigare påvisade brister i efterlevnaden av Avtalet.

KomRedo bedömer att beslut och åtgärder som regionen vidtagit för att uppnå de mål och syften som anges i Avtalet inte varit tillräckliga.

**4. Är effekterna som kan påvisas för brukarna och för verksamheten ändamålsenliga? Görs en ändamålsenlig uppföljning?**

Eftersom det saknas en systematisk uppföljning av vad som åstadkommit inom Avtalets olika områden är det inte möjligt att göra en säker generell bedömning av Avtalets effekter för brukarna trots att det tydligt framgår av Avtalet att insatserna i större utsträckning än tidigare ska utgå från vårdtagarens behov. Avsaknaden av fastställda nyckeltal och andra sifferunderlag för löpande uppföljning gör att det inte heller går att påvisa tydliga effekter för verksamheten.

KomRedo bedömer, utifrån brister i avtalsefterlevnad och avsaknaden av en systematisk uppföljning av vad som åstadkommit inom Avtalets olika områden, att effekterna som kan påvisas för brukarna och verksamheten inte är helt ändamålsenliga. Vi bedömer att Region Skåne inte har gjort en ändamålsenlig och inte heller dokumenterad uppföljning av Avtalet. Uppföljningsansvaret som anges i Avtalet har inte genomförts.

**Rekommendationer**

- Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att efter samråd med primärvårdsnämnden vidta lämpliga åtgärder för att komma till rätta med den bristande efterlevnaden av Avtalet som påvisats i denna granskning.
- Primärvårdsnämnden, som enligt reglementet ska biträda hälso- och sjukvårdsnämnden i frågor som berör utveckling av vården i samarbete med Skånes kommuner, har ett ansvar för bristerna vad gäller läkarmedverkan inom primärvård i egen regi. Primärvårdsnämnden rekommenderas att aktivt ta ett större ansvar att utveckla vården i samverkan med Skånes kommuner.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att inom ramen för planerade åtgärder i fortsatt utvecklande av Nära vård i Region Skåne, säkerställa att det finns tydliga mål, resurser, kompetens och lämplig metodik för att kunna följa upp förändringsarbetet ur ett tydligt patient- och närståendeperspektiv.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att upprätta anvisningar för de konkreta åtgärder som behövs för att driva samverkansarbetet framåt, såsom vad ska följas upp, vilka indikatorer som ska användas och till vilket syfte samt hur resultaten av insatserna ska bedömas och hur bristande måluppfyllelse ska hanteras.

- Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att införa en systematisk uppföljning av vilka effekter som åstadkommit inom Avtalets olika områden utifrån ett brukarperspektiv (trots att det tydligt framgår av Avtalet att insatserna i större utsträckning än tidigare ska utgå från vårdtagarens behov).
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att ändamålsenliga mål, nyckeltal och andra sifferunderlag fastställs för löpande uppföljning av effekter för vårdtagare och verksamheten samt att förutsättningar skapas för att åtgärder vidtas vid avvikelser.

## 2. Inledning, bakgrund och syfte

Revisorskollegiet har beslutat att genomföra en granskning av Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne, i detta dokument fortsättningsvis benämnt "Avtalet". KomRedo AB har fått förtroendet att inom ramen för granskningen genomföra ett revisionsprojekt.

### 2.1. Bakgrund

Region Skånes fullmäktige fastställde i april 2016 en överenskommelse mellan regionen och de skånska kommunerna om ansvarsfördelning och utveckling av hälso- och sjukvården i Skåne. Samtliga skånska kommuner har undertecknat Avtalet. Avtalet innehåller en grundöverenskommelse (Del A) som beskriver ansvarsfördelningen inom de områden där Region Skåne och de skånska kommunerna har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar. Avtalet innehåller även en utvecklingsplan för år 2016-2020 (Del B) som omfattar fyra prioriterade utvecklingsområden för det gemensamma utvecklingsarbetet. Organisering av regional samverkan/samarbete mellan Region Skåne och Skånes kommuner avseende hälso- och sjukvård (Del C) i Avtalet beskriver samverkansstrukturen och dess uppdrag.

En politisk styrgrupp med representanter från Region Skåne och Skånes kommuner har lett arbetet med att utforma Avtalets innehåll. Avtalet utgår i större utsträckning än tidigare från vårdtagarens behov för att skapa en tryggare och mer sammanhållen vård för den enskilde. Avtalets syfte är att samtidigt skapa förutsättningar för en ambitionshöjning, både när det gäller kvalitet och resurseffektivitet. Avtalet gäller tills vidare.

### 2.2. Syfte

Syftet med den aktuella granskningen är att bedöma om Region Skåne och Skånes kommuner uppnår de mål och syften som anges i Avtalet.

#### 2.2.1. Omfattning

Del 1 – Region Skåne

Del 1 omfattar en granskning av Region Skånes roll avseende att bedöma om Region Skåne uppnår de mål och syften som anges i Avtalet. Vidare omfattar Del 1 en jämförande analys och sammanställning av de deltagande kommunernas rapporter.

Del 2 – Skånes kommuner

Del 2 omfattar en granskning av respektive kommuns roll avseende att bedöma om kommunen uppnår de mål och syften som anges i Avtalet. Granskningen ska redovisas i en separat rapport för varje kommun.

Föreliggande rapport avser granskning av Region Skånes roll.

#### 2.2.2. Övriga utgångspunkter

Granskningen ska ha ett brukarperspektiv och ska ta sikte på om brukaren har tillgång till en sammanhållen och tillgänglig hälso- och sjukvård och tandvård. Granskningen ska även ta sikte på hur efterlevnaden av Avtalet fungerar under covid-19.

### 2.3. Revisionsfrågor

Inom ramen för det övergripande syfte ska denna granskning lämna svar på bland annat följande frågeställningar:



## Del 1 – Region Skåne

- Efterlevs gällande Avtal? Har Region Skåne fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet?
- Är ansvarsfördelningen och kostnadsfördelningen mellan Region Skåne och respektive kommun med anledning av Avtalet ändamålsenlig?
- Bidrar Region Skåne och respektive kommun till en ändamålsenlig samverkan? Vilka beslut och åtgärder har vidtagits för att uppnå de mål och syften som anges i Avtalet?
- Är effekterna som kan påvisas för brukarna och för verksamheten ändamålsenliga? Görs en ändamålsenlig uppföljning?

### 2.4. Revisionskriterier

Analysen utgår i första hand från lagstiftning och andra regelverk inom området samt regionfullmäktiges styrning. De dokument som har utgjort granskningens revisionskriterier framgår av bilaga 1.

I övrigt har KomRedo arbetat i enlighet med Kommunallagen och SKYREV's riktlinjer och vägledning vad gäller revisionsarbete, god revisionsred etcetera.

### 2.5. Ansvariga styrelser och nämnder

Granskningen har omfattat regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden och psykiatri, habilitering- och hjälpmedelsnämnden och samtliga sjukhusstyrelser inom Region Skåne. Ansvarig nämnd är i första hand hälso- och sjukvårdsnämnden.

### 2.6. Avgränsning

Kommunens ansvar för elevhälsa ingår inte i denna granskning då detta regleras i särskild ordning och omfattas inte av Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvård i Skåne.

Utöver Region Skåne deltar följande kommuner i granskningen: Burlövs kommun, Helsingborgs stad, Klippans kommun, Kristianstads kommun, Kävlinge kommun, Landskrona kommun, Malmö Stad, Sjöbo kommun, Skurups kommun, Staffanstorps kommun, Svalövs kommun, Svedala kommun, Tomelilla kommun, Trelleborgs kommun, Ystads kommun, Ängelholms kommun. Resultat av kommungranskningarna redovisas i särskilda rapporter.

## 3. Metod och genomförande

Granskningsunderlag och jämförelser av data inriktas på tidsperioden 1 januari 2019 - 31 december 2021 och granskningen genomfördes i en stegvis process (se bilaga 2).

Granskningen har genomförts av Camilla Karlsson, certifierad kommunal revisor och uppdragsansvarig, Bo Lindblom, medicinsk expert och delprojektledare för regionen, Ulf Atles, senior konsult i ekonomi och verksamhetsstyrning samt Bo Anderson, senior revisor och kvalitetssäkrare.

Kontaktperson vid Region Skånes revisorer har varit Louise Rehn Winsborg, ordförande i revisorskollegiet och Eskil Engström, förtroendevald revisor. Representanter för revisorerna i medverkande kommuner har varit Sven Gunnar Linné, Kristianstads kommun, Gert Ask, Sjöbo kommun, Bengt Sävström, Ängelholms kommun och Lena Näslund, Trelleborgs kommun.

Projektleddare har varit Helena Olsson, certifierade kommunal revisor vid Region Skånes revisionskontor.

Rapporten är faktagranskad av de som intervjuats eller lämnat uppgifter i övrigt.

### **3.1. Granskning av sammanträdesprotokoll och övriga relevanta dokument**

Förutom själva Avtalet med 10 bilagor granskades sammanträdesprotokoll från Centralt samverkansorgan (CS) och de delregionala samverkansgrupperna (DS) samt anteckningar från motsvarande tjänstemannaberedningar, samt bilagor till dessa. Även protokoll från hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträden har studerats, i de fall det hänvisats till dessa i annan dokumentation. I något fall erhöles dokument från intervjupersonerna som dessa tyckte var relevanta som tillägg till nämnda protokoll och bilagor. Mycket information erhöles även från webbplatserna skane.se och vardgivare.skane.se.

Granskningen utgick från revisionens syfte och de särskilda revisionsfrågorna.

### **3.2. Intervjuer**

Planeringen av intervjuer och analys av övergripande styrdokument utgick från de frågeställningar som ingår i uppdragsbeskrivningen och identifierades inledningsvis under planeringsfasen. Strävan har varit att göra ett urval av intervjupersoner, som täcker olika delregioner och kan belysa effekterna av både grundöverenskommelsen, utvecklingsplanen och arbetet i samverkansorganen.

Som regel gjordes intervjuerna individuellt men undantagsvis, när det bedöms mer ändamålsenligt, genomfördes ett mindre antal intervjuer i grupper med 2-3 personer. Samtliga intervjuer genomfördes av de konsulter som är ansvariga för denna rapport, med stöd av semistrukturerade intervjuguider. Ett 25-tal personer intervjuades inom ramen för denna granskning. Intervjuguiderna innehöll ett 20-tal frågor, utgående från uppdragets syfte och revisionsfrågorna, och anpassades till respektive informants roll och ansvar i verksamheten.

### **3.3. Statistik**

Statistik har samlats in och analyserats i den mån dessa har funnits bifogade den dokumentation som samverkansorganen har bifogat sina sammanträdesprotokoll, och analysen har fokuserats på den uppföljning som specificerats i Avtalet.

### **3.4. Enkät till patientorganisationer**

I Avtalet betonas tillgången till en sammanhållen och tillgänglig hälso- och sjukvård och tandvård och i uppdraget anges att granskningen ska ha ett brukarperspektiv. Av detta skäl valde vi att som komplement till övrig informationsinhämtning genomföra en enkät till ett urval av patientorganisationer i Region Skåne, som i sin inriktning berör flera av de patientgrupper som Avtalet avser. Enkäten, som var webbaserad, innehöll 11 frågor och varje fråga hade fyra svarsalternativ. Dessutom gavs möjlighet till s.k. fria svar. Se bilaga 4.

### **3.5. Rapportering**

Föreliggande rapport översändes i preliminär form till revisionskontoret den 2 maj 2022 innan den sändes ut för faktagranskning av respondenter genomfördes under vecka 19 2022. En slutversion av revisionsrapporten översändes till revisionskontoret den 25 maj 2022. Redovisning av genomförd granskning avseende regionen rapporteras muntligen till Region Skånes revisorer den 25 augusti 2022.

## 4. Resultat av granskningen

### 4.1. Region Skånes efterlevnad av Avtalet

Nedanstående redogörelse följer strukturen på Avtalet, det vill säga de olika delområden som Avtalet omfattar. Som regel har uppgifter som framkommit vid dokumentgranskning bekräftats av intervjuer och vice versa. I de få fall detta inte gäller har en sådan diskrepans angetts.

Under rubriken Bedömningar avses KomRedo's slutsatser utifrån gjorda iakttagelser.

Förteckning över förkortningar och begrepp som har använts i efterföljande texter:

SIP	Samordnad individuell plan
SVU	Samverkan vid utskrivning
ASiH	Avancerad sjukvård i hemmet
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
SoL	Socialtjänstlagen
LSS	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
Hemsjukvård	Hälso- och sjukvård i hemmet
Mina planer	IT-baserat planeringsverktyg för utskrivningsklara patienter vid hemgång

#### 4.1.1. Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård

Enligt 26 d § HSL ska Region Skåne avsätta de läkarresurser som behövs till Skånes kommuner för att enskilda ska erbjudas god vård i de verksamheter kommunerna bedriver enligt 18 § HSL. Omfattningen av och formerna för läkarmedverkan stipuleras i Avtalet. Om Region Skåne inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtal att tillhandahålla läkare har kommunen enligt 26 § HSL rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från Region Skåne.

##### *Iakttagelser*

Läkarstödet från primärvården utgör en central del av Avtalet och är fundamental förutsättning för att ambitionen med de mobila vårdteamen ska uppnås. Av dokumentgranskning och intervjuer framgår dock att efterlevnaden av Avtalet i denna del är högst varierande i olika kommuner och mellan olika ansvariga vårdgivare i primärvården. I många fall fungerar läkarmedverkan problemfritt men det finns flera exempel på vårdcentraler som överhuvudtaget inte ansett sig kunna medverka med efterfrågat läkarstöd till kommunernas personal. Exempel på bristande läkarstöd finns i bland annat Trelleborg och Kristianstad.

Malmö stad framhålls av flera tillfrågade som föredöme vad gäller läkarmedverkan. Förutom reguljär medverkan från primärvården enligt Avtalet finns här ett sjukhuskopplat läkarstöd i form av "Punktinsatsteamet", där specialistläkare från Skånes universitetssjukhus (SUS) medverkar (främst från internmedicin). Inom SUS bedrivs även ett utvecklingsprojekt ("Akut sjukhusvård i hemmet"), som inte är en del av den vanliga hemsjukvården utan en ersättning för specialistvård på sjukhus. I dessa fall åker läkare och sjuksköterska från SUS hem till patienten och ger behandling som annars hade krävt sjukhusinläggning. I Nordost är sjukhusets mobila team bemannad med läkare och sjuksköterska från närsjukvården och kör ut till "sina egna patienter" i kommunerna Hässleholm, Osby och Perstorp. Det mobila teamet kan hjälpa vårdcentralerna om de inte kan bistå kommunens sjuksköterska med läkarstödet.

Vissa företrädare för primärvården anser att det är en invecklad process vid inskrivning i mobila team och en rad bestämmelser som reglerar hanteringen. Avtalet indikerar att mobila team inte behöver se likadana ut överallt, på grund av olika förutsättningar (skillnad i befolkningstäthet och transporttider). En informant menade: "Malmö/Lund är ett specialfall som inte kan vara förebild för Skåne som helhet".

En granskning som gjordes av revisorerna 2018 visade att *"vårdformen mobilt vårdteam möter betydande implementeringsproblem utifrån primärvårdens brist på personal och olika förutsättningar i kommunerna"*. Av granskningen framkom att *"risker finns för att Region Skåne inte kommer att kunna leva upp till sina åtaganden, varken gentemot kommunerna eller de berörda patienterna"*<sup>1</sup>.

Den rådande modellen för läkarstödet inom Avtalet utvärderades 2019<sup>2</sup> eftersom regionen då konstaterat att utvecklingen fram till 2019 (i "halvtid" av Avtalet) varit långsam och högst varierande. Utvärderingen konstaterade att ett antal aktiviteter skyndsamt behövde genomföras för att nå målsättningarna. Detta och andra gjorda uppföljningar diskuteras vidare i avsnittet 5 Våra sammanfattande bedömningar.

KEFU<sup>3</sup> har haft uppdraget att årligen följa införandet av Avtalet och har fokuserat sin uppföljning på etableringen av mobila team. Antalet inskrivna i mobila team ökade stadigt fram till våren 2020 och låg därefter tämligen konstant omkring 7 000 personer (se diagram i bilaga 3). I sin slutrapport 2021 konstaterade KEFU att vårdformen var etablerad vid drygt 80 procent av Skånes vårdcentraler samt att det fanns en stor variation i hur läkarstödet organiseras och bedrivs på lokal nivå. En högre andel av alla listade personer som är 75 respektive 80 år eller äldre vid mindre vårdcentraler är inskrivna, jämfört med större och högre andel vid offentliga vårdcentraler i jämförelse med privata vårdcentraler.

Det finns således stora och bestående skillnader mellan olika kommuner, till och med mellan enskilda vårdcentraler i en och samma kommun. Det finns enligt utsago också ekonomiska incitament att inte skriva in patienter i mobila team eftersom vårdcentralen i så fall ska ta hand om inskrivna patienters behov fram till kl. 18 måndag-fredag och därmed inte kan hänvisa till den upphandlade verksamheten som bedrivs av Falcks läkarbilar (som är en fri nyttighet för vårdcentralerna). Vissa informanter i vår granskning anser att en bidragande orsak till bristande läkarmedverkan kan vara den låga ersättningen för insatsen.

Det finns också centralt placerade personer inom primärvården som menar att inskrivning i mobila team inte behövs om Standardiserad Individuell Plan (SIP) görs i tillräcklig utsträckning.

Vi noterar att från de granskningar som genomförts parallellt avseende 16 kommuner i Skåne framgår att fem kommuner anser att läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården fungerar i stort enligt avtalet.

### *Bedömning*

Även om flera goda exempel finns att läkarmedverkan fungerar, bedömer vi utifrån intervjuer och dokumentation att efterlevnaden av Avtalet i denna del totalt sett är bristfällig, vilket

<sup>1</sup> Capire Consulting 2018: Granskning av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne - Slutlig jämförande rapport.

<sup>2</sup> D Norén och A Rådlund: Utvärdering av modellen för läkarstödet inom Skånes Hälso- och sjukvårdsavtal. Slutrapport 2019-04-01.

<sup>3</sup> Rådet för Kommunalekonomisk Forskning och Utbildning (KEFU) bildades i augusti 1984. Grundare, finansierare och uppdragsgivare är Lunds universitet, Region Skåne och Skånes kommuner.

utgör ett stort problem för den kommunala hälso- och sjukvården. Bedömningen grundas i relativt samstämmiga intervjuer samt i de citerade dokumenten.

Vår bedömning avseende att regionen brister i denna del, överensstämmer i huvudsak med det samlade resultatet från kommungranskningarna.

#### 4.1.2. Gemensam vårdplanering

En gemensam vårdplanering mellan huvudmännen är en grundläggande förutsättning för en fungerande vårdkedja och för att en god och säker vård utifrån individens behov ska kunna ges vid övertagande av vårdansvaret för den enskilde. För den enskilde som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en samordnad individuell plan (SIP) upprättas under de förutsättningar som anges i 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL. I den samordnade individuella planen ska alltid anhörig-/närståendeperspektivet beaktas. Under Avtalets första år gällde lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, som innebar att berörda kommuner hade 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". Denna lag upphävdes 2018-01-01 och ersattes av Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Den nya lagen gäller alla åldrar och diagnoser (oavsett var i slutenvården som patienten vårdas). Kommunens betalningsansvar inträder i enlighet med de villkor som stipuleras i lagen samt enligt den överenskommelse som eventuellt tecknats i länen avseende antal dagar samt dygnsbelopp. Ett sådant avtal ingicks mellan Region Skåne och kommunerna 2018. En patient är utskrivningsklar om han eller hon av den behandlande läkaren inte längre bedöms behöva vård vid en enhet inom regionens slutna hälso- och sjukvård.

Samordnad individuell planering (SIP-möte) ska enligt Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (4 kap. 1-3§§) erbjudas den enskilde, om hen efter hemgång från slutenvård behöver insatser från både kommunen och regionen i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst. I Region Skåne gäller "regelverk för Samordnad vårdplanering", där det finns en rad rutiner och vägledningar för den praktiska hanteringen.

#### *lakttagelser*

Av intervjuerna framgår att följsamheten till Avtalets intentioner under Avtalets första år många gånger var bristfällig men den nya lagstiftningen<sup>4</sup>, som trädde i kraft 1 januari 2018 och ställde nya krav, har gynnat samarbetet, som på de flesta håll idag beskrivs som gott. SIP anses viktig för helhetssyn och informationsdelning men behöver uppdateras regelbundet. Behovet av SIP är störst för patienter med komplexa sjukdomar och behov men samtidigt är sådan planering och uppdatering mest resurskrävande. Genomförande av SIP är tidskrävande och logistik kring mötestider med mera utgör ofta ett hinder. Dessutom fungerar den gemensamma planeringen inte under lördag-söndag, vilket var den ursprungliga tanken. IT-stödet ("Mina planer") har utvecklats en del men ytterligare förbättringar är önskvärda, enligt flera bedömare. Med hjälp av IT-stödet kan slutenvård, öppenvård och kommun tillsammans planera och säkra den utskrivningsklara patientens hemgång från sjukhuset (SVU), samt upprätta en SIP. Det uppges även finnas behov av ökade utbildningsinsatser kring gemensam vårdplanering, inte minst vad gäller läkare. Vissa menar att gemensam planering av fortsatt vård bör involvera primärvården mer och inte enbart utgöra en fråga mellan sjukhusvården och kommunen. Från psykiatrin framförs att den gemensamma planeringen kring de flesta

<sup>4</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

okomplicerade patientfall går bra medan den för svårare fall blir mer utmanande eftersom det kräver insatser från både kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst. Dessutom är tillgång på alternativa boendeformer en bristvara, vilket leder till att vissa patienter blir inlagda under orimligt lång tid.

Antalet SIP som görs ökar i Region Skåne och i nuläget finns det ungefär 16 000 SIP:ar upprättade i det Skånegemensamma IT-stödet. Från och med den första september kan alla patienter i Skåne som har en upprättad, och godkänd SIP läsa den på 1177.se.

Av mötesanteckningar från CS och dess tjänstemannaberedning framgår att en förvaltningsgrupp kring gemensam vårdplanering skapats, som drivit utbildnings- och implementeringsfrågor kring samverkan kring SVU och SIP. Förvaltningsgruppen har träffats oftare och mer regelbundet än samordningsgrupperna, och deltagarna har varit mer specialiserade på frågeställningarna kompletterat med processledare från Central tjänstemannaberedning. Frågor och problem har lyfts upp, vid behov har arbetsgrupper tillsatts, och rutiner/regelverk har vidareutvecklats.

Operativt uppges att uppföljningen fungerat bra. Statistiskt har funnits utmaningar, men intentionen att skapa en uppföljningsstruktur med definierade indikatorer har funnits, och frågan har drivits på. I dagsläget, våren 2022 finns ett antal indikatorer framtagna, definierade och inlagda i regionens indikatorbibliotek.

Den betalningsansvarsmodell som ingår i Avtalet innebär att kommunen har 2,8 dagar som genomsnittligt antal "kommunklara patienter" per månad som gräns för betalningsansvar. Vid exempelvis Helsingborgs lasarett finns dock ett flertal patienter som väntat mer än 3 dagar, som lagen stipulerar. Vissa företrädare för Region Skåne menar att detta är ett problem och en översyn av denna del i regelverket har föreslagits för att hellre gå på lagens skrivning om betalningsansvar efter dag 3.

Vi noterar att från de granskningar som genomförts parallellt avseende 16 kommuner i Skåne framgår att 7 kommuner anser att den gemensamma vårdplaneringen inte fungerar i enlighet med Avtalet och att ansvaret delvis åvilar regionen.

### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer och dokumentation bedömer KomRedo att efterlevnaden av Avtalet för detta område i huvudsak är tillfredsställande. Bedömningen grundas på utvecklingen av det gemensamma IT-stödet, ökningen av antalet SIP:ar och intervjuvaren.

Vår bedömning avseende att regionens efterlevnad för detta område i huvudsak är tillfredsställande överensstämmer i mer än hälften av resultatet från granskningarna i kommunerna.

### **4.1.3. Rehabilitering**

Region Skåne ansvarar för rehabiliteringsinsatser i slutenvård samt för personer som bor i bostad med särskild service (enligt SoL och LSS) och själva eller med hjälp av assistans/ledsagare kan ta sig till Region Skånes rehabiliteringsverksamhet (den så kallade tröskelprincipen). I övriga fall är det respektive kommun som ansvarar för personer som bor i särskilt boende samt personer som bor i bostad med särskild service enligt LSS och SoL.

Kommunerna ansvarar också för rehabiliteringsinsatser till personer som bor i ordinärt boende som uppfyller tröskelprincipen.

Enligt Avtalet är utvecklingsmålet för detta område, inklusive hjälpmedelsförsörjning, att ” skapa en samordnad rehabilitering på basnivå och en samordnad hjälpmedelsförsörjning som bidrar till bästa möjliga livssituation för den enskilde med nedsatt funktion, där parterna gemensamt ska erbjuda en jämlik och effektiv rehabilitering av hög kvalitet genom ett bättre resursutnyttjande”.

#### *lakttagelser*

Från flera håll framförs att upprättande av rehabiliteringsplaner är viktigt. Inte minst den stora patientgruppen med stroke behöver mycket rehabilitering efter utskrivning. Privata vårdcentraler har inte alltid rehabiliteringspersonal (fysioterapeuter och arbetsterapeuter), vilket av vissa anses försvåra rehabiliteringsinsatserna. Kommunerna har dock alltid egna fysioterapeuter, som kan sköta det mesta. Rehabilitering i hemmet har dock enligt flera intervjuade nedprioriterats under pandemin på grund av besöksförbud med mera, och vissa menar att rehabilitering totalt sett är det minst utvecklade området i Avtalet. Det förekommer mycket få mötesanteckningar om hur arbetet med rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning framskrider, men av intervjuer framgår att det finns arbetsgrupper i gång, och som har en klar och tydlig agenda för arbetet framåt nu efter pandemin.

Vi noterar att från de granskningar som genomförts parallellt avseende 16 kommuner i Skåne framgår att 13 kommuner anser att rehabiliteringsverksamheten inte fungerar i enlighet med Avtalet och att ansvaret delvis åvilar regionen.

#### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer och dokumentation bedömer KomRedo att efterlevnaden av Avtalet för detta område inte är tillfredsställande.

#### **4.1.4. Habilitering**

Ansvarsfördelning och samverkan avseende habilitering har reglerats i särskild ”Överenskommelse om habilitering i Skåne” samt i ” Tillämpningen i Region Skåne och kommunerna i Skåne av Socialstyrelsens föreskrift om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering” (jämför SOSFS 2008:20).

#### *lakttagelser*

Samverkan kring habilitering gäller som regel barn och unga. Utskrivning vid 18 år från barnhabiliteringen uppges kunna innebära vissa problem i övergången till vuxenverksamhet. En arbetsgrupp har nyligen fått i uppdrag att revidera befintlig överenskommelse om habilitering.

Det har varit svårt att återfinna specifik information om habilitering i de minnesanteckningar vi tagit del av, men av intervjuer framgår att det nu finns aktiva arbetsgrupper, som har en tydlig agenda för arbetet framåt efter pandemin.

Vi noterar att från de granskningar som genomförts parallellt avseende 16 kommuner i Skåne framgår att 14 kommuner anser att habiliteringsverksamheten inte fungerar i enlighet med Avtalet och att ansvaret delvis åvilar regionen.

*Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer och dokumentation bedömer KomRedo att efterlevnaden av Avtalet för detta område inte är tillfredsställande.

**4.1.5. Åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning**

Samarbetet beträffande personer med psykiska funktionsnedsättningar regleras sedan 2013 i "Ramöverenskommelse om samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa". Varje kommun ska teckna lokala överenskommelser med Region Skåne.

*lakttagelser*

Primärvården arbetar i huvudsak med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser (främst rådgivning kring kost/motion och förebyggande av fetma) för denna grupp. Tandvården uppger att den svåraste gruppen att nå och att besöka är patienter med psykisk ohälsa i ordinärt boende. I övrigt sköts dessa grupper i hög grad av psykiatrin. Företrädare för psykiatrin framför att primärvården sköter första linjen men bristen på läkare där ger konsekvenser i form av ökat tryck på psykiatrin. Men även psykiatrin har bemanningsproblem, som medfört ett större fokus på patienter med svår sjukdom, vilket hindrar efterlevnaden av Avtalet för övriga grupper. En uppgiven orsak till att Avtalet inte fungerar i alla delar är alltså bemanningsproblem. Vad gäller samverkan med kommunerna rapporteras tämligen få problem.

Under avtalsperioden reviderade Region Skåne och Skånes kommuner gemensamt Ramöverenskommelsen gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa från 2013 och Ramöverenskommelsen gällande personer med missbruks- och beroendeproblematik från 2015. Dessa ramöverenskommelser sammanfördes till en gemensam ramöverenskommelse, som även omfattade samverkan gällande barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Vi noterar att från de granskningar som genomförts parallellt avseende 16 kommuner i Skåne framgår att 14 kommuner anser att det finns brister i efterlevnaden av Avtalet vad gäller personer med psykisk funktionsnedsättning och att ansvaret till övervägande del åvilar regionen.

*Bedömning*

Bemanningsproblem både inom primärvården och psykiatrin är en brist som kan hindra efterlevnaden av Avtalet. Den nya ramöverenskommelsen har underlättat samverkan inom detta område.

Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer och dokumentation bedömer KomRedo att efterlevnaden av Avtalet för detta område inte är tillfredsställande. Vår bedömning avseende att regionen brister i denna del, överensstämmer i huvudsak med det samlade resultatet från kommungranskningarna. Framför allt beror bristerna på att ingen har tagit det övergripande ansvaret för denna del av Avtalet.

Bedömningen grundas på intervjuer, minnesanteckningar från samverkansmöten, noteringar från genomförda granskningar i kommunerna och den gjorda ramöverenskommelsen.



#### 4.1.6. Egenvård

Egenvård regleras i Socialstyrelsens föreskrift "Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård" (SOSFS 2009:6), samt i myndighetens Meddelandeblad Nr 6/2013 och ska gälla inom verksamhet som omfattas av HSL. Kommunerna och Region Skåne har vissa gemensamma rutiner för samarbetet gällande egenvård.

##### *Iakttagelser*

Egenvårdsinsatser är relativt sällan förekommande för de svårast sjuka men enligt intervjuerna är kunskapen om vad egenvård innebär bristfällig i Region Skåne, liksom om de möjligheter som gällande regelverk erbjuder. Hanteringen, som innehåller särskild remissblankett, uppfattas av vissa informanter som krånglig.

I förvaltningsgruppen för SVU och SIP omnämns att ett ställningstagande om egenvård ska göras i processen, men gruppen konstaterar att rutiner och kunskap om egenvård är oklara. I övrigt berörs egenvård endast summariskt i studerade minnesanteckningar.

Det kan enligt vissa informanter finnas ett kommunalt incitament att mer bedöms som egenvård. Är en insats bedömd som egenvård kan brukaren få hjälp med insatsen av SoL-personal. I annat fall måste kommunen avsätta HSL-personal, vilket är mer kostsamt.

Vi noterar att från de granskningar som genomförts parallellt avseende 16 kommuner i Skåne framgår att fyra kommuner anser att efterlevnaden av Avtalet vad gäller egenvården i den kommunala hälso- och sjukvården i huvudsak fungerar tillfredställande.

##### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer och dokumentation bedömer KomRedo att efterlevnaden av Avtalet för detta område är bristfälligt. Bedömningen grundas på omdömen från intervjuer, de oklara rutinerna om egenvård samt frånvaron av information om egenvård i minnesanteckningar samt övrig dokumentation.

#### 4.1.7. Hjälpmedel

I Skåne delar Region Skåne och kommunerna på ansvaret för hjälpmedel där individuellt förskrivna hjälpmedel är en integrerad del i den samlade vård- och rehabiliteringsprocessen. Kommunerna har ansvaret för hjälpmedel till personer från och med 20 år, med vissa undantag där Region Skåne har ansvar. Region Skåne har ansvar för hjälpmedel till personer upp till 20 år, samt för vissa specifika hjälpmedel oavsett personens ålder.

##### *Iakttagelser*

Tidigare har det förekommit en hel del diskussioner kring fördelning av kostnader men detta har minskat under senare år. Situationen i de olika kommunerna är mycket skiftande vilket kan innebära svårigheter för berörda i Region Skåne men generellt sett ger hjälpmedelsfrågor sällan upphov till samverkansproblem. Det handlar mer om att de lösningar som en arbetsgrupp tar fram på delområden, utifrån de skiftande förutsättningarna, slår väldigt olika mot kommunerna, och frågan är för stor och komplex för att skapa en helhetslösning vid ett tillfälle.

Det har varit svårt att återfinna information om hjälpmedelsfrågor i de minnesanteckningar vi tagit del av.

Vi noterar att från de granskningar som genomförts parallellt avseende 16 kommuner i Skåne framgår att endast två kommuner anser att hjälpmedelsverksamheten enligt Avtalet inte fungerar.

#### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer och dokumentation bedömer KomRedo att efterlevnaden av Avtalet för detta område är tillfredsställande. Dock kan tilläggas att information om hjälpmedelsfrågor varit svåra att återfinna bland de minnesanteckningar från samverkansorganen vi tagit del av.

#### **4.1.8. Palliativ vård – vård i livets slutskede**

Region Skåne ansvarar för allmän palliativ vård till patienter som vårdas inom slutenvård, läkarstöd till den kommunala allmänna palliativa vården, den specialiserade palliativa vården, vilken utgår från särskilda enheter, som bedriver Avancerad Sjukvård i Hemmet (ASiH), specialiserad palliativ slutenvård. Regionen erbjuder även konsultation, råd och stöd till den allmänna palliativa vården, som kommunen ansvarar för, d.v.s. allmän palliativ vård i ordinärt boende eller i särskilt boende upp till och med sjuksköterskenivå. Läkarstöd för detta ska utgå från primärvården.

#### *Iakttagelser*

Primärvården har enligt uppgift god samverkan med ASiH, vilket anses ha gynnats av att denna verksamhet ingår i Primärvårdsförvaltningen. Primärvårdens roll i så kallad brytpunktssamtal anses särskilt viktig. Samtliga tillfrågade uppger att samverkan kring palliativa patienter som regel fungerar mycket bra.

I genomgångna minnesanteckningar från samverkansorganen återfinns få noteringar om ämnet. Vi har dock noterat att kommunerna fokuserar en hel del på palliativ vård i sina patientsäkerhetsberättelser.

Vi noterar att från de granskningar som genomförts parallellt avseende 16 kommuner i Skåne framgår att endast två kommuner anser att palliativa vården enligt Avtalet inte fungerar och att ansvaret för bristerna åvilar regionen.

#### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer och dokumentation bedömer KomRedo att efterlevnaden av Avtalet för detta område är tillfredsställande. Bedömningen grundas på en mycket hög grad av samstämmighet mellan intervjuvaren och noteringar från genomförda granskningar i kommunerna avseende denna del.

#### **4.1.9. Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård**

Region Skåne svarar för att uppsökande tandvård bedrivs bland dem som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt HSL, eller får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) samt "för de som är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård, omsorg eller service som de personer som omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar". Till målgruppen hör också personer som omfattas av LSS och de som har långvariga och omfattande psykiska funktionsnedsättningar. Region Skåne svarar för att dessa målgrupper, efter munhälsobedömning, erbjuds behandlingsinsatser i form av så kallad nödvändig tandvård. Region Skåne ansvarar även för akut tandvård samt för att tillhandahålla

munvårdsutbildning för kommunernas personal. För den praktiska tillämpningen finns "Riktlinjer för uppsökande tandvård i Region Skåne".

#### *lakttagelser*

Av dokumentgranskning och intervjuer framgår att Region Skåne har ett avtal med Oral Care AB vad gäller uppsökande tandvård (med munhälsobedömningar) och nödvändig tandvård för hela Skåne. Avtalet har gällt sedan 2015, det vill säga hela perioden som Avtalet varit gällande. I Avtalet med Oral Care ingår också informations- och utbildningsinsatser visavi kommunernas personal. Målgrupper är personer med omfattande och varaktigt omvårdnadsbehov såsom vissa äldre, psykiskt funktionshindrade samt den så kallade LSS-gruppen.

För att en patient ska ha rätt till en munhälsobedömning krävs ett tandvårdsintyg. Tandvårdsintyget ger också patienten rätt till nödvändig tandvård (det vill säga vård som vid vanlig sjukvård vad gäller patientavgift, högkostnadsskydd med mera). Dessa bedömningar görs som regel av tandhygienister. Samverkan med kommunerna uppges vara mycket god och i många fall bättre än med hälso- och sjukvården. Antalet gjorda munhälsobedömningar och nödvändig tandvård följs upp per kommun.

Enheten för tandvårdsstyrning har börjat samla epidemiologiska data om befolkningens tandhälsa, men dessa används ännu i mycket begränsad omfattning i styrningen. Nationella kvalitetsregister för denna del av tandvården saknas. Effekter av Avtalet går inte att bedöma fränsett siffrorna per kommun och utbildningsstatistik.

Antalet utförda munhälsobedömningar ökade under 2021 gentemot år 2020. Under 2020 var den uppsökande verksamheten inkluderande munhälsobedömningar pausad under stora delar av året. Trots pandemin och restriktioner under 2021 har över 8 500 berättigade fått en munhälsobedömning i Skåne under år 2021. Före pandemin utfördes ca 10 000 – 11 000 munhälsobedömningar årligen.

Från Enheten för tandvårdsstyrning framförs att det är bra att Avtalet finns och att det följs. Utbildningsinsatserna bör dock ökas, till exempel behövs mer kunskap om angreppssätt vid vissa patienter med demens.

Vi noterar att från de granskningar som genomförts parallellt avseende 16 kommuner i Skåne framgår att samtliga kommuner delar regionens uppfattning att denna del enligt Avtalet fungerar ändamålsenligt.

#### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer och dokumentation bedömer KomRedo att efterlevnaden av Avtalet för detta område är tillfredställande. Bedömningen grundas på redovisade data samt samstämmighet i intervjusvar.

#### **4.1.10. Kostnadsansvar**

Kostnadsansvaret för förbruknings- och sjukvårdsartiklar samt vissa tekniska behandlingshjälpmedel är preciserat i en särskild överenskommelse, "Förtydligande avseende kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar samt vissa tekniska och medicinska behandlingshjälpmedel".

### *lakttagelser*

Avtalet uppges i detta avseende delvis vara förlegat eftersom många nya produkter tillkommit. Otydligheter finns inom till exempel stomivård. Den så kallade krysslistan fungerar därför inte bra idag och en revidering av listan pågår. Det finns en ovisshet om hur exempelvis kostnader ska hanteras i Framtidens hälsosystem med God och nära vård. På det hela taget uppges dock att följsamheten till Avtalet har förbättrats och att kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar inte utgör några stora tvistefrågor.

I genomgångna minnesanteckningar från samverkansorganen återfinns mycket få noteringar om kostnadsansvarsfrågor.

Vi noterar att från de granskningar som genomförts parallellt avseende 16 kommuner i Skåne framgår att fyra kommuner anser att kostnadsansvaret enligt särskild överenskommelse inte fungerar ändamålsenligt.

### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer och dokumentation bedömer KomRedo att efterlevnaden av Avtalet för detta område är tillfredställande utifrån gällande förutsättningar. Bedömningen grundas på redovisade data, noteringar från genomförda granskningar i kommunerna samt samstämmighet i intervjusvar. Dock kan tilläggas att information om kostnadsansvar varit svåra att återfinna bland de minnesanteckningar vi tagit del av från samverkansorganen.

#### **4.1.11. Sammanfattande bedömning av Region Skånes efterlevnad av Avtalet i de olika delarna**

Efterlevnaden av Avtalet inom området läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård uppvisar en mycket splittrad bild med flera goda exempel men också fall med på klart bristande efterlevnad och måluppfyllelse. Det finns stora och bestående skillnader mellan olika kommuner och även mellan enskilda vårdcentraler i en och samma kommun.

Området Egenvård uppvisar också en låg grad av efterlevnad. I genomgångna minnesanteckningar från samverkansorganen återfinns få noteringar om efterlevnaden av Avtalet, vilket KomRedo bedömer som en brist.

Utifrån genomförd dokumentgranskning som bekräftats av intervjuer och vice versa är KomRedo's sammanfattande bedömning att efterlevnaden av Avtalet i fem av de granskade delområdena av totalt tio uppvisar brister och efterlevnaden av Avtalet bedöms därmed inte vara ändamålsenligt.

KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Region Skåne inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### **4.2. Ansvarsfördelningen och kostnadsfördelningen mellan kommunerna och Region Skåne med anledning av Avtalet**

I Avtalets grundöverenskommelse anges Region Skånes och kommunernas åtagande och hälso- och sjukvårdsansvar: "Det nya arbetssättet bygger på ett utvecklat samarbete mellan respektive kommun och Region Skåne, där respektive part svarar för finansieringen av sitt lagstadgade uppdrag enligt Hälso- och sjukvårdslagen och enligt den grundöverenskommelse om ansvarsfördelning som gäller i Skåne".

### *Lakttagelser*

Avtalet beskriver ansvaret för respektive huvudman i generella formuleringar, och det förtydligas genom de bilagor som går djupare på olika områden. På några områden, såsom för Samverkan för egenvård och Samverkan vid SIP eller Utskrivning från slutenvård, finns ytterligare fördjupningar på den gemensamma webbplatsen vardgivare.skane.se. För samverkan vid SIP eller utskrivning från slutenvård finns en förvaltningsgrupp med uppdrag att förvalta regelverket, rutiner och stöddokument.

I intervjuer framkommer att en stor förtjänst med Avtalets tillkomst var att det samlade flera olika författningar och överenskommelser under ett paraply, och på vissa områden också skapade en nomenklatur som kunde användas gemensamt för ökad förståelse. Det upplevs också positivt att utvärdering och vidareutveckling av de olika delarna skett i samverkan. Det finns i denna samverkan egentligen inga motsättningar avseende ansvarsfördelningen i sig, utan de frågor som behandlas handlar snarare om tolkningar och tillämpning av avtal, regelverk och framtagna rutiner. Men vissa intervjupersoner anser att Avtalet ”har överlevt sig själv” och att det behövs nya tankegångar kring samverkan med kommunerna, som tydligare involverar hela den snabba utvecklingen av mobila vårdtjänster. Det bör dock noteras att projektet Framtidens hälsosystem i sin nuvarande form inte involverar Skånes kommuner.

Av minnesanteckningar från delregionala samverkansmöten konstaterar vi att det i avtalsperiodens början fanns farhågor i kommunerna att Avtalet skulle kunna innebära kostnadsökningar för att hantera de olika processerna. I regionen har målet hela tiden varit att genom att förflytta vården närmare hemmet skulle kunna minska antalet relativt sett dyra inläggningar. Frågan har därför inte behandlats i någon större utsträckning, vilket framgår av såväl dokumentgranskning som intervjuer. Även i de uppföljningsrapporter<sup>5</sup> som tagits fram har detta påpekats, tillsammans med svårigheterna som ligger i att få fram den typen av data. Resultaten av dessa uppföljningar, är att kostnaderna minskar, förutom under en kort inledande fas då kostnaderna i stället ökar.

KomRedo noterar att den i Avtalet beskrivna ansvarsfördelningen och kostnadsfördelningen mellan Region Skåne och kommunerna är i överensstämmelse med gällande lagstiftning och myndighetsföreskrifter.

Vi noterar också från de granskningar som genomförts parallellt avseende 16 kommuner i Skåne där det framgår att denna del av Avtalet i övervägande del inte fungerar ändamålsenligt (12 av 16 kommuner) och att bristerna i avtalsefterlevnaden i stort kan leda till ökade kostnader för kommunerna.

### *Bedömning*

KomRedo bedömer att den i Avtalet beskrivna ansvarsfördelningen och kostnadsfördelningen mellan Region Skåne och kommunerna är i överensstämmelse med gällande lagstiftning och myndighetsföreskrifter.

Däremot bedömer vi att efterlevnaden enligt Avtalet endast delvis varit ändamålsenlig under den period som granskats, särskilt mot bakgrund av svårigheterna att ta fram data som följer upp kostnaderna.

---

<sup>5</sup> Häger Glenngård A & Anell A: Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam i Region Skåne 2017-2020. KEFU. Skriftserie 2021:2.

### 4.3. Region Skånes respektive kommunernas bidrag till en god och ändamålsenlig samverkan kring Avtalet

Syftet med Avtalet är att "säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen och därigenom bidra till ökad trygghet", det vill säga den huvudsakliga samverkan ska ske genom att samarbeta i det operativa arbetet gentemot patient och brukare. För att tydliggöra former och innehåll för detta operativa samarbete definieras att "En samverkansstruktur är framtagen för samverkansfrågor mellan Region Skåne och Skånes kommuner inom hälso- och sjukvårdsområdet. Avsikten är att skapa förutsättningar för gemensamt utvecklingsarbete i enlighet med Avtalet samt stärka koordineringen av övrigt arbete inom det gemensamma ansvarsområdet." Denna samverkansstruktur har också ansvar för att ta fram "årliga konkreta genomförandeplaner för de olika utvecklingsområdena i Avtalet".

#### *lakttagelser*

Det är hälso- och sjukvårdsnämnden som har handlagt de frågor som rör implementeringen av Avtalet. Det är även representanter från hälso- och sjukvårdsnämnden som har bemannat den centrala samverkansorganisationen som tillkommit i anslutning till Avtalet. Utöver den centrala samverkan har sex delregionala samverkansorgan funnits, som omfattar följande områden: Malmö, Sydväst, Sydost, Nordost, Nordväst, Mellersta. Även på delregional nivå finns en politisk organisation med tjänstemannastöd från Region Skåne och de berörda kommunerna.

När det gäller den operativa samverkan som Avtalet syftar till finns lokala avtal som beskriver hur samverkan ska ske mellan region och kommun på lokal, operativ nivå.

Minnesanteckningar från centrala och delregionala samverkansorganen visar att parterna har deltagit i de forum som utgör samverkanstrukturen, vilket intervjuerna bekräftar. I intervjuerna framhålls också att parterna har visat en positiv inställning till samverkan, men även att det på vissa håll och vid olika tillfällen funnits meningsskiljaktigheter kring tolkning av Avtalet, och även kring synen på statistik vad gäller form och innehåll.

Samverkansmöten, framför allt på delregional nivå, har till övervägande del innehållit information och diskussion, och mindre av analys, vilket krävs för beslutsfattande och verkställighet. Av minnesanteckningar från samverkansmöten framgår att samma ämnen oftast tas upp vid flera på varandra följande möten. Vissa saker tas upp som förslag, eller till synes som beslut, men sedan återkommer inte dessa i efterkommande möten. Här finns dock stora skillnader mellan de delregionala samverkansorganen. Där det fungerat bäst, framför allt i Malmö stad men också i delregion Mellersta och i viss mån delregion Nordväst, har det tillsatts resurser att koordinera och verkställa beslut.

På central nivå har funnits en större grad av framdrift och analys. Dock är värt att nämna att andra saker än just Avtalet ofta har varit i fokus i centrala samverkansorganet. Ganska tidigt kom Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, och under senare år har mycket fokus legat på Framtidens hälsosystem och Nära vård. Det framgår att det rått osäkerhet kring hur Avtalet ska relatera till dessa, men att ambitionen är att skapa en integrerad helhetsbild.

Pandemin har påverkat. Under långa perioder fokuserades till stor del eller helt på att samverka kring hantering av patienter eller vaccination. Här framhåller många att det varit en

stor fördel att samverkansstrukturen var på plats för att även kunna hantera pandemin, och samverkan kring pandemin har varit positiv för samverkan i sig. Se även avsnitt 4.8 nedan om pandemin.

#### *Bedömning*

KomRedo bedömer utifrån intervjuer och dokumentation att både Region Skåne och kommunerna har deltagit i den samverkansstruktur som skapats av huvudmännen och de har i huvudsak fullgjort sitt åtagande i denna del. Att det förekommit meningsskiljaktigheter kring vissa frågor ändrar inte denna bedömning.

Däremot vill vi ifrågasätta ändamålsenligheten i att samverkan resulterat i ett antal begränsade beslut, och speciellt då det skiftar så mycket mellan de olika delregionala samverkansorganen. De brister som påvisats i uppföljningen av Avtalet (se detta avsnitt) innebär också att ändamålsenligheten i samverkan kan ifrågasättas.

KomRedo bedömer att efterlevnaden av Avtalet i denna del inte är ändamålsenlig. För att samverkan ska vara helt ändamålsenlig krävs enligt vår bedömning att större brister i avtalsefterlevnaden åtgärdas.

#### **4.4. Beslut och åtgärder som regionen vidtagit för att uppnå de mål och syften som anges i Avtalet**

Det är Hälso- och sjukvårdsnämnden samt de politiska samrådsorganen som i främsta rummet haft ett ansvar för att besluta om åtgärder för att uppnå Avtalets mål, oftast utifrån rekommendationer och övrigt beslutsunderlag från Centralt samverkansorgan och centrala tjänstemannaberedningen. Övriga nämnder är indirekt berörda men har inte haft en direkt styrande roll. Primärvårdsnämnden har inte varit direkt involverad i uppföljning och styrning av Avtalets genomförande.

#### *lakttagelser*

Det har i centrala samverkansorganen löpande fattats beslut för att skapa bättre förutsättningar för samverkan. Det har skapats arbets- och förvaltningsgrupper (exempelvis för SIP och SVU), och likaledes rutiner och annan förtydligande dokumentation inom vissa av delområden (till exempel Egenvård). Ramöverenskommelsen angående psykiatri har uppdaterats, och andra har skapats. En gemensam e-hälsostrategi har utarbetats under den aktuella perioden.

I början av 2019 påbörjades en större utvärdering av Avtalet, i form av en så kallad "halvtidsavstämning", som baserades på tillgänglig statistik (inskrivningar, antal SIP etcetera), en enkät som skickades ut till kommunerna, men där det även gjordes uppföljning av KEFU och andra externa aktörer. Det framkom bland annat att utvecklingen var väldigt skiftande geografiskt sett, och att arbetet med att implementera vårdformen var starkt decentraliserat till lokal verksamhetsnivå. Hälso- och sjukvårdsnämnden gav i uppdrag till hälso- och sjukhusdirektören att återkomma med förslag på åtgärder för att möta rekommendationerna i de olika uppföljningarna. En arbetsgrupp tillsattes, som utarbetade en åtgärdsplan som hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade om i september 2019. Utgångspunkten var att den befintliga modellen för läkarstöd behålls, men att ett antal aktiviteter resurssätts och genomförs, grupperade på tre insatsområden – samordning av samverkansnivåer, stärkande av teamfunktionen och planering, ledning och uppföljning.

I övrigt utgör en dominerande del av minnesanteckningarna från samverkansmötena av diskussioner kring framtidens vård/digitalisering, implementerings- och utbildningsaktiviteter, samt hanteringen av frågor kopplade till pandemin (under 2020-2021). Det har i intervjuerna framförts synpunkter på att bristande efterlevnad av Avtalet vad gäller läkarstöd, inte inneburit några konsekvenser för de vårdcentraler som brustit ("Det har varit för lätt att inte göra rätt").

En ny webbplats, Vårdsamverkan Skåne, skapades 2019 för att samla all information kring samarbeten mellan huvudmännen. Olika former av annan digitalisering har utvecklats påtagligt inom dessa vårdområden under den aktuella perioden men det är svårt att härleda om denna utveckling är direkt kopplad till implementering av Avtalet. Däremot anser flera vi intervjuat att samverkan utifrån Avtalet har gynnats av en ökad digitalisering, exempelvis en bredare användning av videosamtal och -konferenser, särskilt under perioden med restriktioner till följd av pandemin.

KomRedo noterar att de olika samverkansgrupperna har i stort fungerat enligt uppgjorda planer. Eftersom målen inom de olika delarna i Avtalet flera fall inte varit preciserade och kvantifierbara har målpåfyllelse varit svår att bedöma. Av detta följer att beslut och åtgärder för att uppnå målen inte lätt har kunnat identifieras. Vi konstaterar att de beslut och åtgärder som vidtogs av hälso- och sjukvårdsnämnden 2019 utifrån inkomna utvärderingar bedömer vi dock som adekvata utifrån tidigare påvisade brister i efterlevnaden av Avtalet. Beslutet om åtgärder som togs syftade då till en helhetslösning att gälla under viss tid. Efter 2019 förlitade hälso- och sjukvårdsnämnden sig uppenbarligen på denna åtgärdsplan, och gjorde inga tillägg. Under 2020-2021 förefaller fokus ha legat på pandemin samt andra initiativ såsom God och Nära vård. Detta gjorde att åtgärdsplanen kom i skymundan.

#### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer och dokumentation bedömer KomRedo att beslut och åtgärder som regionen vidtagit för att uppnå de mål och syften som anges i Avtalet inte varit tillräckliga.

### **4.5. Effekter som kan påvisas för brukarna och för verksamheten**

Det främsta syftet med Avtalet uppges vara att brukarna får tillgång till "en tryggare och mer sammanhållen vård". Samtidigt ska Avtalet skapa förutsättningar för en ambitionshöjning, både när det gäller kvalitet och kostnadseffektivitet".

#### *Iakttagelser*

Thorén et al 2019<sup>6</sup> har belyst vård utanför sjukhus ur ett individperspektiv och konstaterar att de i Avtalet beskrivna målgrupperna får vård från fler olika instanser:

- Ordinär primärvård utgående från vårdcentraler (Äldrevårdcentraler)
- Inom kommunens hälso- och sjukvårdsinsatser
- I mobila team enligt hälso- och sjukvårdsavtalets intentioner
- I sjukhusassocierade team med eller utan knytning till hälso- och sjukvårdsavtalet
- Inom sjukhusvården

<sup>6</sup> Thorén Todoulos E, Stavenow L, Nilsson P & Segerman S: Vård utanför sjukhus ur ett individperspektiv inom ramen för Hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och de skånska kommunerna. Region Skåne samt Kommunförbundet Skåne 2019.



- Av Falckbilarna, ambulans och tillgång till RLB (Regional läkare i beredskap)

Författarna skriver: *”För närvarande saknas koordinering av insatserna. I bästa fall finns en SIP som någorlunda kan ange en röd tråd men den ”sömlösa” vård som är målet ligger fortfarande en bit i framtiden. Desto viktigare blir det då att alltid hålla fast vid individperspektivet – vad som är värdeskapande för patienten just i den aktuella situationen. Det finns relativt god kunskap om vad som krävs för att erbjuda en trygg och säker vård utanför sjukhuset men vårdutbudet idag är väldigt splittrat. Även inom ramen för samma uppdrag levereras olika vårdinsatser. Eftersom vården utgår ifrån det aktuella uppdraget och möjligheterna att fullfölja det och inte från den individuella patientens behov så blir slutprodukten att man erbjuder patienten ”det som finns att tillgå”. Framväxten av en brokig skara ”sjukhusassocierade team” visar på att vården identifierat och försökt åtgärda ett upplevt ”glapp” i vårdutbudet”.*

Som nämnts i föregående avsnitt saknas det en systematisk uppföljning av resultat ur ett brukarperspektiv och uppföljning på brukarnivå har endast skett fragmentariskt.

I ett försök att skapa en bild av de aktuella målgruppernas uppfattningar om hur ansvarsfördelning och samverkan fungerar, gavs berörda patient- och brukarföreningar möjlighet att förmedla sina erfarenheter och synpunkter.

För att få ytterligare underlag för att bedöma om Avtalet gett ändamålsenlig effekt för brukarna har en webbenkät tillsänts ett urval av patientorganisationer i Skåne. Enkäten besvarades av 13 (av 20) patientorganisationer vilket ger en svarsfrekvens på 65 procent. Av detta skäl bör resultaten bedömas med försiktighet och vi har valt att inte låta utfallet ha en avgörande betydelse för den samlade bedömningen av Avtalet. Inte desto mindre är det intressant att konstatera att 7 av 10 svarande ansåg att läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård ur ett patient- och brukarperspektiv fungerar ganska dåligt eller mycket dåligt och att 8 av 12 ansåg gemensam vårdplanering (in- och utskrivningsprocessen från och till slutenvården) fungerar ganska dåligt eller mycket dåligt ur ett patient- och brukarperspektiv. Liknande resultat erhöles beträffande flera andra områden i Avtalet. Däremot framgick från 8 av 9 svarande att den palliativa vården fungerar ganska bra eller mycket bra ur ett patient- och brukarperspektiv. De samlade resultaten av enkätsvaren redovisas i bilaga 4.

Av central betydelse i denna granskning är att bedöma hur ansvarsfördelningen utifrån regelverken har fungerat och att analysera hur det övergripande målet och de olika delmålen i Avtalet uppfyllts, inte minst vad gäller utvecklingsområdena. För att belysa effekterna av Avtalets olika delar och måluppfyllelse är givetvis patienternas och verksamheternas egna uppfattningar av stor betydelse. Men det är också viktigt att i möjligaste mån försöka analysera effekterna av samverkan på ett mer objektivt sätt genom att inventera vilka kvalitetsregisterdata och andra utfallsmått som är möjliga att fånga. Inom ramen för detta projekt inhämtades därför data för följande urval kvalitetsindikatorer som belyser det aktuella vårdområdet och som finns tillgängliga på webbplatsen Vården i siffror<sup>7</sup>.

- Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar efter utskrivning från slutenvård
- Död eller ADL<sup>8</sup>-beroende 90 dagar efter stroke
- Kunna gå utomhus fyra månader efter höftfraktur

<sup>7</sup> [www.vardenisiffror.se](http://www.vardenisiffror.se)

<sup>8</sup> ADL: (Aktiviteter i dagliga livet) handlar om aktiviteter som alla människor regelbundet utför i sitt hem.

Urvalet byggde på egna val samt förslag och synpunkter från sakkunniga inom det aktuella området. Utfallet av de utvalda indikatorerna för Region Skåne under perioden 2016-2021 uppvisade att Region Skånes resultat ligger mycket nära riksgenomsnittet utan större variationer under den aktuella tidsperioden. Dessa data med åtföljande diagram redovisas i bilaga 5. Vi noterar att dessa uppgifter omfattar alla patienter som Region Skåne hanterar, inte enbart de patienter som Region Skåne och hemkommunen har ett gemensamt ansvar för. Det går inte att särskilja de gemensamma patienterna i befintliga vårdadministrativa system.

I detta sammanhang bör nämnas de lokala uppföljningar som utförts ur ett patient/brukarperspektiv och som bidragit till lärande och framdrift av arbetet, bland annat i Malmö och Tomelilla.

Avsaknaden av fastställda nyckeltal och andra sifferunderlag för löpande uppföljning gör att det inte heller går att påvisa tydliga effekter för verksamheten. Befintliga data från kvalitetsregister ger inga hållpunkter för vare sig en förbättring eller försämring av de indikatorer som redovisats. Det ska dock understrykas att den gjorda redovisningen av indikatorutfall inte gör anspråk på att beskriva kvalitetsutvecklingen som helhet utan ska ses som exempel på data som kan följas och användas för att bedöma de samlade resultaten av insatserna.

Eftersom det saknas en systematisk uppföljning av vad som åstadkommit inom Avtalets olika områden finns det en inbyggd osäkerhet i hur stor effekten av Avtalets är för brukarna trots att det tydligt framgår av Avtalet att insatserna i större utsträckning än tidigare ska utgå från vårdtagarens behov.

#### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer och dokumentation bedömer KomRedo, utifrån brister i avtalsefterlevnad och avsaknaden av en systematisk uppföljning av vad som åstadkommit inom Avtalets olika områden, att effekterna som kan påvisas för brukarna och verksamheten inte är helt ändamålsenliga.

## **4.6. Uppföljning av Avtalet**

*I Avtalet framhålls vikten av en gemensam löpande uppföljning som en förutsättning för att samverkan ska kunna fungera och arbetet ska kunna drivas i rätt riktning. "Till Avtalet kopplas därför en gemensam uppföljningsplan som reglerar vad som ska följas och på vilket sätt detta ska ske. Denna uppföljningsplan med definierade indikatorer och preciserade metoder för datainsamling, omfattande nedanstående uppföljningsområden, ska fastställas av Centralt Samverkansorgan inför varje verksamhetsår."*

Uppföljningen preciseras i bilagorna, bland annat vilka indikatorer som ska följas, och när uppföljningen ska ske. Liknande beskrivningar finns för utvecklingsområdena.

#### *lakttagelser*

Någon gemensam, löpande uppföljning har inte kunnat identifieras. Minnesanteckningarna från de delregionala samverkansorganen handlar i mycket liten utsträckning om strukturerad uppföljning. I vissa fall har uttryckts ambitioner att skapa struktur i uppföljningen, såsom att identifiera och följa indikatorer, men därefter har dessa planer inte satts i verket. Även av intervjuerna framgår att väldigt lite fokus har legat på uppföljning. På flera håll vittnas om ifrågasättande av den statistik som tagits fram.

På central nivå finns liknande tendenser. Det framhålls att regionen lutar sig på statistik, men i få fall bifogas denna tillsammans med analys.

I stället har uppföljningen huvudsakligen köpts in från externa leverantörer. Framför allt samlades insikterna från ett antal uppföljningar som kallas "halvtidsuppföljningen" 2019, vilket resulterade i en samlad analys och åtgärdsplan som det fattades beslut om i hälso- och sjukvårdsnämnden i september 2019.

En av de slutsatser som då gjordes var att uppföljningen inte hade varit tillräcklig, utan att den borde "skärpas", vilket betydde att en samlad uppföljningsmodell skulle tas fram, inklusive indikatorer. I den slutredovisning som gjordes till hälso- och sjukvårdsnämnden våren 2021 konstaterades dock att "förslag på modell för systematisk uppföljning av Avtalets delar saknas fortfarande".

#### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer och dokumentation bedömer KomRedo att Region Skånes uppföljning av Avtalet som bristfällig. Gemensam uppföljning är, som Avtalet påpekar, av central vikt. Genom avsaknaden av ett sådant ramverk är KomRedo's bedömning att Region Skåne har gått miste om en mycket viktig beståndsdel i de förutsättningar som krävs för effektiv framdrift, förståelse- och samsynsskapande kommunikation och effektmätning.

KomRedo bedömer att Region Skåne inte har gjort en ändamålsenlig och inte heller dokumenterad uppföljning av Avtalet. Uppföljningsansvaret som anges i Avtalet har inte genomförts.

## **4.7. Utvecklingsområden**

Med Utvecklingsområden avses Del B i Avtalet, med syfte att "*höja kvaliteten för den enskilde, samtidigt som resursanvändningen ska förbättras. Detta utvecklingsåtagande ska stödja den utveckling där en ökande del av sjukvårdsinsatserna kan utföras i hemmiljö*".

Utvecklingen var tänkt att genomföras "*stegvis enligt delregional planering med införandetakt utifrån de olika förutsättningar som finns i olika kommuner och delar av Skåne*".

Utvecklingsinsatserna skulle avse:

- Teambaserad vårdform för de mest sjuka
- Insatser och samverkansformer för tidvis sviktande
- Utveckling av arbetssätt och proaktivt stöd till riskgrupper
- Rehabilitering och hjälpmedelsinsatser

#### *lakttagelser*

Implementeringsgraden på de olika utvecklingsområdena har varit mycket skiftande, både mellan områdena i sig, och geografiskt i hur långt de kommit. Det har varit ganska naturligt att fokus har legat på det första utvecklingsområdet, införandet av en teambaserad vårdform för de mest sjuka. Av planen för det andra utvecklingsområdet, utveckling av insatser för tidvis sviktande, framgår att "implementeringen av insatser för de tidvis sviktande ska därför ske först när den nya teambaserade vårdformen säkerställts". Dock är det även för detta område en stor spridning i implementeringsgrad geografiskt, vilket påvisades i en enkät ställd till

kommunerna under 2020<sup>9</sup>. Detta resulterade i ett förslag om att förlänga denna del av Avtalet samt upprätta en ny tids- och aktivitetsplan.

Ett utvecklingsområde där det för närvarande pågår flera aktiviteter är rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning, där en utredning är genomförd och där tillsatta arbetsgrupper driver genomförandet.

#### *Bedömning*

Utifrån genomförd dokumentgranskning är KomRedo's bedömning att måluppfyllelsen är bristfällig avseende denna del av Avtalet. Genomförandestrategin att låta delregionerna stå för planering och genomförande har inte varit lyckosam, och har resulterat i såväl generellt långsam genomförandetak som i stora skillnader i hur planerna är genomförda. Ett av huvudsyftena är jämlik vård och enligt vår bedömning har jämlik vård inte uppfyllts.

### **4.8. Påverkan av pandemin covid-19**

Enligt uppdraget ska denna granskning även ta sikte på hur efterlevnaden av Avtalet fungerar under covid-19. Frågor kring påverkan av pandemin har ställts i samband med intervjuerna och eventuella hänvisningar till pandemin har uppmärksammats vid dokumentgranskningen.

#### *Iakttagelser*

Pandemin covid-19, som tog sin början i mars 2020 och fortfarande pågår, har utgjort en stor påfrestning för landets regioner och kommuner. Även om Skåne under den första vågen våren 2020 hade en lägre smittspridning medförde införda restriktioner och andra åtgärder att fokus i samverkan låg på de olika insatser som skyndsamt behövde genomföras, bland annat storskalig testning och vaccinationer. Detta medförde att en rad aktiviteter (utbildningar med mera) kopplade till Avtalet under en lång period 2020-2021 försenades eller sköts upp på obestämd tid.

En iakttagelse från satsningen på mobila vårdteam är att ökningen av inskrivna patienter avstannande våren 2020, i direkt samband med att pandemin drabbade Sverige och olika restriktioner infördes i snabb takt (se bilaga 3). De samverkansfora som var etablerade före och efter Avtalets ingående var dock värdefulla för att upprätta samverkan kring pandemihanteringen och personlig kännedom mellan grupper och individer uppges ha underlättat att olika praktiska problem snabbt fick en lösning.

En annan observation är att samarbetet kring pandemin ytterligare har stärkt samverkansklimatet eftersom de därigenom fått mer personliga kontakter och en större förståelse för den andra partens verksamhet. Kunskapen om äldreomsorgens förutsättningar har ökat hos regionens hälso- och sjukvårdspersonal.

#### *Bedömning*

KomRedo's bedömning är att pandemin covid-19 har utgjort ett betydande hinder för genomförande och efterlevnad av Avtalet under 2020-2021 medan det omfattande gemensamma arbetet under pandemin har generellt sett haft positiva effekter på samverkansklimatet mellan region Skåne och länets kommuner.

---

<sup>9</sup> "Halvtidsavstämning för Avtalet".

## 5. Våra sammanfattande bedömningar

Ett av grundproblemen inom dagens hälso- och sjukvård är att vården i många fall upplevs som splittrad mellan huvudmännen och att vårdverksamheter utgår ifrån olika uppdrag, lagar eller andra förutsättningar och inte från individens problem och behov här och nu. Det kan finnas många hinder, som motverkar ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem, ett system som byggts upp under många år och som även starkt påverkas av lagen om valfrihetsystem. Eftersom systemet är komplicerat för att få en sammanhållen och likvärdig vård vid uppdelning av vårdutbudet behövs en mer enhetlig och tydlig styrning av de verksamheter som direkt eller indirekt tillhandahåller hälso- och sjukvård. Den sammanhållna vården måste utgå ifrån ett helhetsperspektiv på hälsa där alla patienters olika behov är i centrum, oavsett huvudman. Upprättandet av Avtalet kring ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården och tandvården i Skåne utgör ett exempel på sådan styrning, och utgör verktyg för huvudmännen att påverka inriktning och fokus i verksamheten.

### 5.1. Bedömning av iakttagna brister

Behovet av samverkan framträder kanske tydligast vid planering av vård och vid behov av läkarmedverkan i den kommunala vården. Idealt skulle ett välfungerande läkarstöd, från primärvårdens och/eller sjukhusens läkare, förbättra vården av målgrupperna på kommunal nivå samt öka tryggheten för patienter, närstående och personal. Dessutom skulle undvikbara besök och inläggningar på akutmottagningarna minska, liksom trycket på vårdplatserna i slutenvården. Därmed skulle en "win win"-situation uppstå. Resultaten från denna granskning avseende efterlevnaden av Avtalet pekar på att Avtalet hittills inte nått uppställda mål inom viktiga områden, bland annat vad gäller utvecklingen av s.k. mobila vårdteam med läkarstöd, se avsnitt 4.1.1. till 4.1.10. ovan.

En viktig fråga är den modell för läkarstöd som Region Skåne har valt, det vill säga kopplingen till vårdvalet och allmänläkare. Ur uppdraget till sjukhusförvaltningarna framgår dock att även sjukhusen ska vara involverade i läkarförsörjningen inom Avtalet: *"Sjukhusläkare ska fungera som kompetensstöd och delta i bemanningen av den mobila verksamheten. Vid behov av inskrivning på sjukhus ska sköra och multisjuka äldre i ökad omfattning få vård direkt på avdelning med särskilda resurser för detta."* Vi har i denna granskning noterat att flera sjukhus i Region Skåne hittat former för sjukhusläkares medverkan i den mobila verksamheten men att det inte finns någon sammanhållen och tydlig plan för hur de olika formerna av läkarstöd bör organiseras.

De beskrivna problemen med att uppnå en likartad implementering överallt kan till viss del förklaras av de påfrestningar på vård- och omsorgssystemet som pandemin covid-19 medförde. Men problemen med att uppnå ett brett införande fanns långt före pandemins början våren 2020. Andra förklaringar till otillräckliga framsteg bör därför identifieras.

Samverkansstrukturen beskriver samverkansorganen, det vill säga vilka som ska delta, hur ofta de ska samlas samt uppdrag. Men den saknar anvisningar för de konkreta åtgärder som behövs för driva arbetet framåt, såsom vad ska följas upp, vilka indikatorer som ska användas och till vilket syfte. Vidare saknas anvisningar för hur resultat ska analyseras som ska göras, hur dessa ska sammanställas till beslutsunderlag, hur vidtagna åtgärder och ansvar för åtgärdernas genomförande ska dokumenteras och följas upp. Det saknas också beskrivning av hur kunskaper och erfarenheter ska delas mellan delregionala samverkansorganen och de mer lokala operativa enheterna. Slutligen saknas en beskrivning av de resurser som skulle utföra

dessa uppgifter. Att samverka nått längst där sådana resurser tillsatts visar på att det troligen hade varit en stor fördel om detta hade funnits i Avtalet eller kompletterats i efterhand, utifrån vunna erfarenheter.

Avtalet anger att insatserna ”i större utsträckning än tidigare ska utgå från vårdtagarens behov för att skapa en tryggare och mer sammanhållen vård för den enskilde”. Avtalets syfte är samtidigt att ”skapa förutsättningar för en ambitionshöjning, både när det gäller kvalitet och resurseffektivitet”. Således syftar Avtalet till både en kvalitetshöjning och en effektivisering. Vi finner det problematiskt att planerna för genomförande av Avtalet inte omfattade en tydligare beskrivning av hur dessa ambitioner och målsättningar skulle följas upp konkret, bland annat inom ramen för den omfattande vårddokumentation som skapas kring dessa patientgrupper. Donobedians<sup>10</sup> klassiska analysmodell för vårdkvalitet innehåller komponenterna struktur, process och resultat ingående i en ständig cirkelrörelse där strukturen påverkar processen, som avgör kvalitetsresultaten, som i sin tur påverkar strukturen och så vidare. Applicerat på Avtalet är vår bedömning att strukturen (det vill säga Avtalet, tillhörande regelverk, samrådsorganen) är på plats och att processen (gemensam vårdplanering, inskrivning i mobila team etcetera) i de flesta fall ser ut att fungera. Däremot är det svårt att bedöma resultaten i form av kvalitetsvinster, det vill säga värdeskapande för individen och verksamheten, eftersom dessa inte är tydligt definierade och uppmätta, trots att en sådan ambition fanns från början enligt Avtalets uppföljningsplan (sid 8):

*”Till avtalet kopplas därför en gemensam uppföljningsplan som reglerar vad som ska följas och på vilket sätt detta ska ske. Denna uppföljningsplan med definierade indikatorer och preciserade metoder för datainsamling, omfattande nedanstående uppföljningsområden, ska fastställas av Centralt Samverkansorgan inför varje verksamhetsår”.*

Uppföljningen skulle bland annat omfatta områdena Patient-/brukarperspektiv, Anhörig-/Närståendeperspektiv och Verksamhetsperspektiv.

Nämnas bör också att KEFU<sup>11</sup> i sin slutrapport angående utvecklingen av vårdformen mobila team betonar vikten av återkoppling och lärande:

*”Åtgärder för att stötta lärande i och mellan de organisationer som omfattas av vårdformen innefattar systematisk uppföljning av såväl arbetssätt (processer) och effekter av vårdformen för patienter och deras anhöriga (utfall). Det är först med utgångspunkt i erfarenheter som följts upp systematiskt som det finns förutsättningar för ökad kunskap om vilka lösningar som fungerar i olika sammanhang och hur dessa lösningar bäst kan implementeras”.*

Resultatet av den genomförda enkäten till patientföreningar talar också för att ett stort förändringsarbete av detta slag behöver innehålla en strukturerad modell för att bedöma patienters och anhörigas/närståendes värdering av de gjorda insatserna.

## 5.2. Vår samlade bedömning

Syftet med denna granskning har varit att bedöma om Region Skåne uppnår de mål och syften som anges i Avtalet. Mot bakgrund av genomförd dokumentgranskning som bekräftats av intervjuer (eller vice versa) är KomRedo's samlade bedömning att Region Skånes efterlevnad

<sup>10</sup> Donabedian (1980) In: "Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment".

<sup>11</sup> Häger Glenngård A & Anell A: Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam i Region Skåne 2017-2020. KEFU. Skriftserie 2021:2.

av Avtalet i flera granskade delar inte når upp till de mål och syften som anges i Avtalet, men att parterna i vissa delar har bidragit till en ändamålsenlig efterlevnad inom Avtalet, under rådande förutsättningar.

Bland positiva resultat kan nämnas samverkan inom områdena Palliativ vård respektive Munhälsa/tandvård och här bedömer vi att Avtalets syften är uppnådda. Emellertid finns betydande problem i efterlevnaden i fråga om en central del av Avtalets intentioner, nämligen läkarstödet från primärvården till den kommunala hälso- och sjukvården. På flera håll fungerar sådan läkarmedverkan invändningsfritt medan det på andra håll finns klara brister, vilket medfört stora problem för kommunernas hälso- och sjukvård. Det finns stora och bestående skillnader i detta avseende mellan olika kommuner och mellan enskilda vårdcentraler i en och samma kommun. Dessa problem har fortgått, trots olika försök att med olika åtgärder uppnå en större och mer generell följsamhet till Avtalet i hela Skåne. Därmed har Avtalets mål och syften inte uppnåtts vad gäller läkarstödet. Tillkortakommanden finns även inom bland annat Rehabilitering, Habilitering, Åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning samt Egenvård. Den belastning på vård- och omsorgssystemet som pandemin medförde har försvårat efterlevnaden av Avtalet men kan inte anses förklara bristerna och de stora skillnaderna i följsamhet som har påvisats.

KomRedo bedömer att Region Skåne på många sätt har strävat efter att uppnå en ändamålsenlig samverkan inom Avtalet och att både Region Skåne och kommunerna har deltagit i den samverkansstruktur som skapats av huvudmännen samt att de i huvudsak har fullgjort sitt åtagande i denna del. Det finns dock klara brister i genomförandet och styrningen av centrala delar av Avtalet, och detta har resulterat i förhållandevis få korrigerande beslut utifrån uppmärksammade brister samt en långsammare utvecklingstakt. Vår bedömning är att pandemin covid-19 har utgjort ett betydande hinder för genomförande och efterlevnad av Avtalet under 2020-2021 medan det omfattande gemensamma arbetet under pandemin har generellt sett haft positiva effekter på samverkansklimatet mellan Region Skåne och länets kommuner.

Eftersom det saknas en systematisk uppföljning av vad som åstadkommit inom Avtalets olika områden finns det en inbyggd osäkerhet i hur stor effekten av Avtalets är för brukarna trots att det tydligt framgår av Avtalet att insatserna i större utsträckning än tidigare ska utgå från vårdtagarens behov. KomRedo bedömer, utifrån brister i avtalsefterlevnad och avsaknaden av en systematisk uppföljning att effekterna som kan påvisas för brukarna och verksamheten inte är helt ändamålsenliga.

Ett bakomliggande problem, som försvårat effektiva korrigerande åtgärder, är frånvaron av en tydligt genomförd strategi för hur resultaten av insatserna ska bedömas och hur bristande måluppfyllelse ska hanteras. Bristerna i uppföljning och styrning innebär att Avtalets syften, totalt sett, inte har uppnåtts. KomRedo bedömer att Region Skåne inte har gjort en ändamålsenlig och inte heller dokumenterad uppföljning av Avtalet. Uppföljningsansvaret som anges i Avtalet har inte genomförts.

KomRedo anser att de påvisade bristerna utgör hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar men även primärvårdsnämnden, som enligt reglementet ska biträda hälso- och sjukvårdsnämnden i frågor som berör utveckling av vården i samarbete med Skånes kommuner, har enligt vår mening ett ansvar för bristerna vad gäller läkarmedverkan.

Vår bedömning är att efterlevnaden av Avtalet i flera av de granskade områdena uppvisar brister och efterlevnaden av Avtalet bedöms därmed inte vara ändamålsenligt.

Vår samlade bedömning är att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Region Skåne inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

Vår samlade bedömning bygger på svaren på revisionsfrågorna nedan i avsnitt 5.3.

### 5.3. Svar på de särskilda revisionsfrågorna

Avsnitt	Revisionsfråga	Svar
4.1. till 4.7.	Efterlevs gällande Avtal?	Utifrån genomförd dokumentgranskning som bekräftats av intervjuer och vice versa är KomRedo's sammanfattande bedömning att efterlevnaden av Avtalet i flera granskade delar inte når upp till de mål och syften som anges i Avtalet.  Vår bedömning är att identifierade brister och efterlevnaden av Avtalet därmed inte är ändamålsenligt.
4.1.10	Har Region Skåne fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet?	KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Region Skåne inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.
4.2.	Är ansvarsfördelningen och kostnadsfördelningen mellan Region Skåne och respektive kommun med anledning av Avtalet ändamålsenlig?	KomRedo bedömer att den i Avtalet beskrivna ansvarsfördelningen och kostnadsfördelningen mellan Region Skåne och kommunerna är i överensstämmelse med gällande lagstiftning och myndighetsföreskrifter.  Däremot bedömer vi att efterlevnaden enligt Avtalet endast delvis varit ändamålsenlig under den period som granskats, särskilt mot bakgrund av svårigheterna eller avsaknaden att ta fram data som följer upp kostnaderna.
4.3.	Bidrar Region Skåne och respektive kommun till en ändamålsenlig samverkan?	KomRedo bedömer utifrån intervjuer och dokumentation att både Region Skåne och kommunerna har deltagit i den samverkansstruktur som skapats av huvudmännen och de har i huvudsak fullgjort sitt åtagande i denna del. Att det förekommit meningsskiljaktigheter kring vissa frågor ändrar inte denna bedömning.  Däremot vill vi ifrågasätta ändamålsenligheten i att samverkan resulterat i ett antal begränsade beslut, och speciellt då det skiftar så mycket mellan de olika delregionala samverkansorganen. De brister som påvisats i uppföljningen av Avtalet innebär också att ändamålsenligheten i samverkan kan ifrågasättas.



		KomRedo bedömer att efterlevnaden av Avtalet i denna del inte är ändamålsenlig. För att samverkan ska vara helt ändamålsenlig krävs enligt vår bedömning att större brister i avtalsefterlevnaden åtgärdas.
4.4.	Vilka beslut och åtgärder har vidtagits för att uppnå de mål och syften som anges i Avtalet?	Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer och dokumentation bedömer KomRedo att beslut och åtgärder som regionen vidtagit för att uppnå de mål och syften som anges i Avtalet inte varit tillräckliga.
4.5. och 4.6.	Är effekterna som kan påvisas för brukarna och för verksamheten ändamålsenliga?  Görs en ändamålsenlig uppföljning?	<p>Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer och dokumentation bedömer KomRedo, utifrån brister i avtalsefterlevnad och avsaknaden av en systematisk uppföljning av vad som åstadkommit inom Avtalets olika områden, att effekterna som kan påvisas för brukarna och verksamheten inte är helt ändamålsenliga.</p> <p>Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer och dokumentation bedömer KomRedo att Region Skånes uppföljning av Avtalet som bristfällig. Gemensam uppföljning är, som Avtalet påpekar, av central vikt. Genom avsaknaden av ett sådant ramverk är KomRedo's bedömning att Region Skåne har gått miste om en mycket viktig beståndsdel i de förutsättningar som krävs för effektiv framdrift, förståelse- och samsynsskapande kommunikation och effektmätning.</p> <p>KomRedo bedömer att Region Skåne inte har gjort en ändamålsenlig och inte heller dokumenterad uppföljning av Avtalet. Uppföljningsansvaret som anges i Avtalet har inte genomförts.</p>

#### 5.4. Rekommendationer

- Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att efter samråd med primärvårdsnämnden vidta lämpliga åtgärder för att komma till rätta med den bristande efterlevnaden av Avtalet som påvisats i denna granskning.
- Primärvårdsnämnden, som enligt reglementet ska biträda hälso- och sjukvårdsnämnden i frågor som berör utveckling av vården i samarbete med Skånes kommuner, har ett ansvar för bristerna vad gäller läkarmedverkan inom primärvård i egen regi. Primärvårdsnämnden rekommenderas att aktivt ta ett större ansvar att utveckla vården i samverkan med Skånes kommuner.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att inom ramen för planerade åtgärder i fortsatt utvecklande av Nära vård i Region Skåne, säkerställa att det finns tydliga mål, resurser, kompetens och lämplig metodik för att kunna följa upp förändringsarbetet ur ett tydligt patient- och närståendeperspektiv.

- Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att upprätta anvisningar för de konkreta åtgärder som behövs för att driva samverkansarbetet framåt, såsom vad ska följas upp, vilka indikatorer som ska användas och till vilket syfte samt hur resultaten av insatserna ska bedömas och hur bristande måluppfyllelse ska hanteras.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att införa en systematisk uppföljning av vilka effekter som åstadkommit inom Avtalets olika områden utifrån ett brukarperspektiv (trots att det tydligt framgår av Avtalet att insatserna i större utsträckning än tidigare ska utgå från vårdtagarens behov).
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att ändamålsenliga mål, nyckeltal och andra sifferunderlag fastställs för löpande uppföljning av effekter för vårdtagare och verksamheten samt att förutsättningar skapas för att åtgärder vidtas vid avvikelser.

Dag som ovan,

*Camilla Karlsson*

*Certifierad kommunal revisor*

*Bo Lindblom*

*Seniorkonsult*

*Ulf Atles*

*Seniorkonsult*

## Bilagor

### ***Bilaga 1 – Revisionskriterier***

#### **Lagar, förordningar och myndighetsföreskrifter med mera:**

- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- Tandvårdslagen (185:125)
- Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)
- Kommunallag (2017:725)
- Förvaltningslagen (2017:900)
- Socialtjänstlagen (2014:453)
- Lag om valfrihetssystem (2008:962)
- Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).
- Kommunal hälso- och sjukvård, Meddelandeblad 9/2020, Socialstyrelsen 2020

#### **Interna styrdokument, riktlinjer och redovisande dokument**

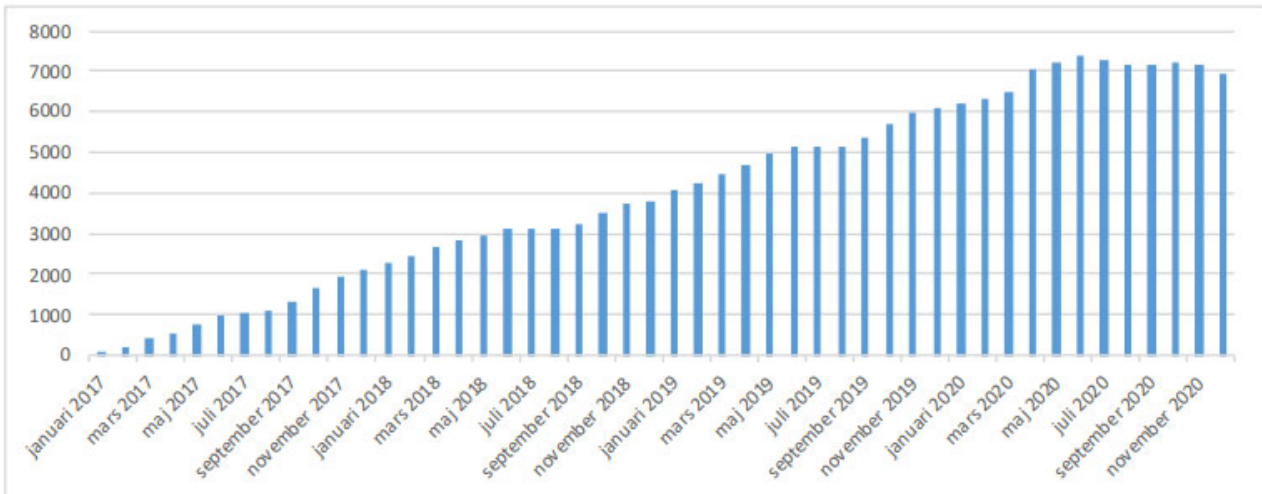
- Avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne – Region Skåne och Skånes kommuner – 2016-01-19 samt bilagor.
- Överenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne län om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård – Region Skåne och Skånes kommuner – 2017-11-24
- Avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne (samt bilagor). Region Skåne och Kommunförbundet Skåne. 2016
- Granskning av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne - Slutlig jämförande rapport. Region Skåne/Capire 2018.
- Noren D & Rånlund A: Utvärdering av modellen för läkarstödet inom Skånes Hälso- och sjukvårdsavtal. Region Skåne 2019.
- Thorén Todoulos E, Stavenow L, Nilsson P & Segerman S: Vård utanför sjukhus ur ett individperspektiv inom ramen för Hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och de skånska kommunerna. Region Skåne samt Kommunförbundet Skåne 2019.
- Donabedian A. In: Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press 1980.
- Häger Glenngård A & Anell A: Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam i Region Skåne 2017-2020. KEFU. Skriftserie 2021:2.
- God och nära vård 2021 - En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Dnr: S2021/00820. Överenskommelse mellan regeringen och SKR 29021.
- Målbild och handlingsplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan Skåne. Region Skåne och Skånes kommuner 2021.
- Mål och strategi för Framtidens hälsosystem. Region Skåne 2020.
- Minnesanteckningar från Centralt Samverkansorgan, Central Tjänstemannaberedning, delregionala samverkansorganen, Förvaltningsgruppen av regelverk för SVU och SIP 2016-2021.
- Patientsäkerhetsberättelser för 2020 för de 16 kommunerna som ingår i kommungranskningen.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete 2011.

## ***Bilaga 2 – Genomförande***

Granskningen har genomförts enligt följande steg:

- Deltagande på uppstartsmöte samt regelbundna Teamsmöten och med revisionskontorets projektledare.
- Kartläggning av Avtalets ansvarsområden uppdelat per Region Skåne och kommunerna.
- Genomgång och analys av övriga relevanta styr- och stöddokument samt annan dokumentation av betydelse.
- Inhämtning av utvalda vårdproduktionsdata.
- Redovisning av kvalitetsregisterdata och andra statistiska underlag som belyser vilka brister, utmaningar och hinder som föreligger i kommunerna och i Region Skåne.
- Insamlande av brukar- eller kundnöjdhetssuppföljningar som genomförts, samt andra lokala bedömningsunderlag
- Enkät till patientorganisationer i Skåne för att undersöka om patienter har tillgång till en sammanhållen och tillgänglig hälso- och sjukvård och tandvård.
- Intervjuer med tjänstepersoner inom berörda organ har utförts via digitala möten eller per telefon på grund av rådande omständigheter i pandemin.
- Intervjuresultat och övriga resultat har sammanställts och kategoriserats.
- Det samlade resultatet har ställts i relation till syfte och de specifika frågeställningarna i en tvärgående analys.

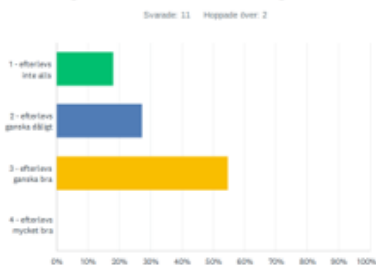
### ***Bilaga 3 - Inskrivna i mobilt vårdteam 2017-2021 (enligt data från primärvården)***



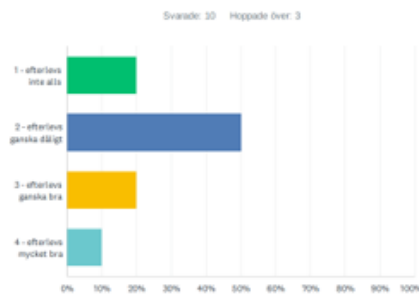
(Källa: KEFU Skriftserie 2021:2)

## Bilaga 4 – Enkät svar

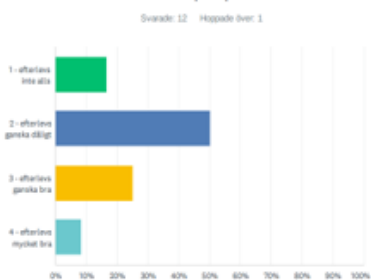
F1 Den gemensamma värdegrunden för samarbetet och de verksamheter som omfattas av avtalet är individfokus och att skapa personcentrerade samarbetslösningar utifrån den enskilda individens behov och förutsättningar. Hur bedömer ni att detta generellt efterlevs?



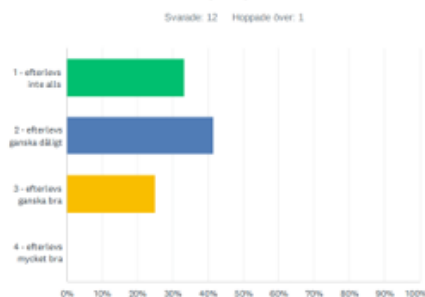
F2 Hur bedömer ni att läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?



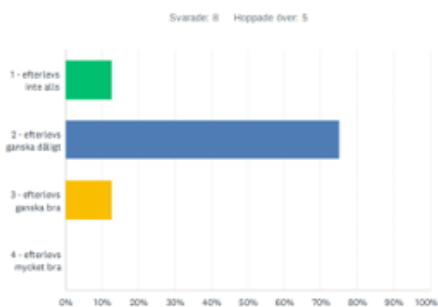
F3 Hur bedömer ni att gemensam vårdplanering (in- och utskrivningsprocessen från och till slutenvården) fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?



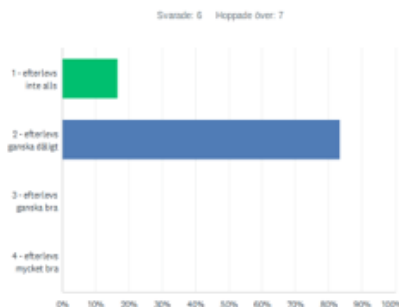
F4 Hur bedömer ni att rehabilitering fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?



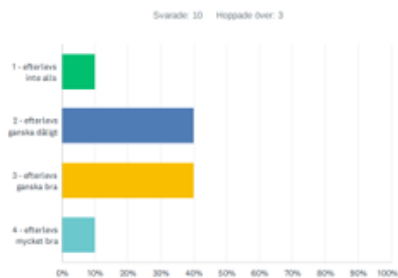
F5 Hur bedömer ni att habilitering fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?



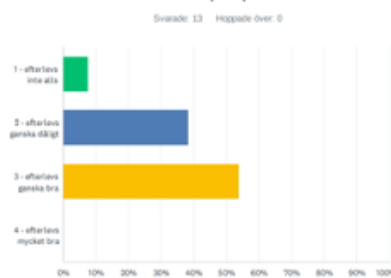
F6 Hur bedömer ni att åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?



F7 Hur bedömer ni att egenvård fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?

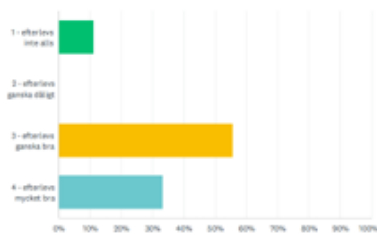


F8 Hur bedömer ni att hanteringen av hjälpmedel fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?



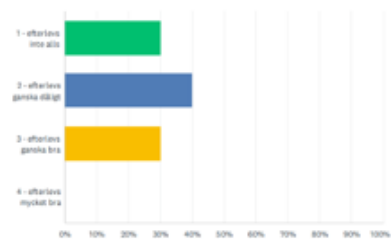
F9 Hur bedömer ni att den palliativa vården fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?

Svarade: 9 Hoppade över: 4



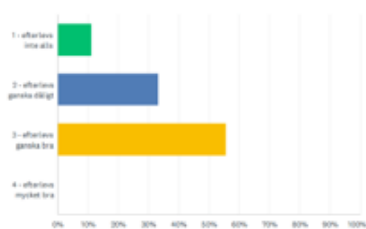
F10 Hur bedömer ni att insatser för munhälsa fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?

Svarade: 10 Hoppade över: 3

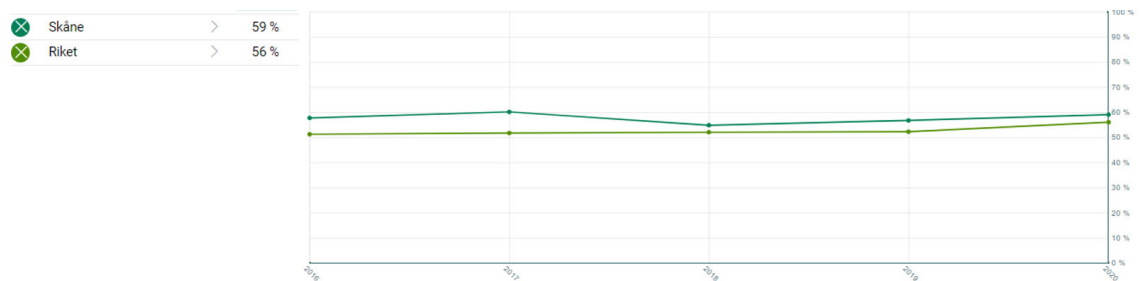


F11 I vilken utsträckning anser ni att avtalet inneburit en höjd kvalitet för er patient-/brukargrupp?

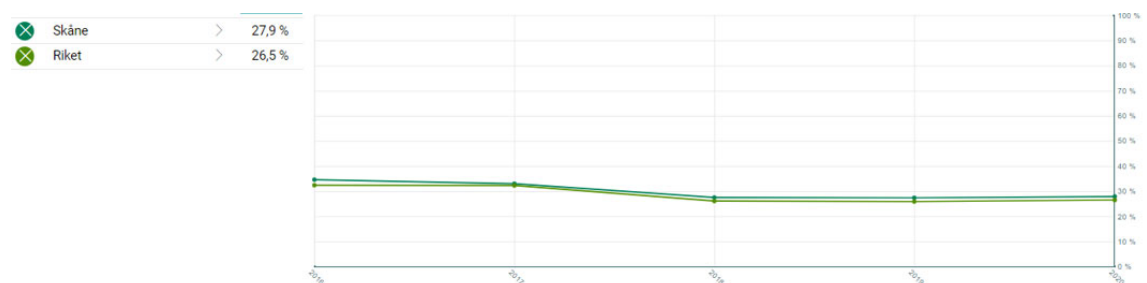
Svarade: 9 Hoppade över: 4



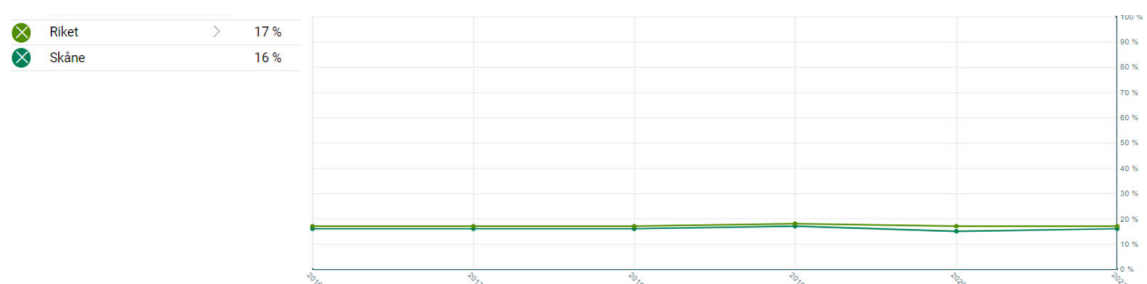
## Bilaga 5 - Uppgifter från Vården i siffror



- A. Andel patienter som kunde gå utomhus fyra månader efter höftfraktur. Jämförelse mellan Skåne och riksgenomsnittet 2016-2021. Senaste värde (2021) för Skåne 59 procent och för Riket 56 procent.



- B. Död eller ADL-beroende 90 dagar efter stroke. Andel döda eller ADL-beroende patienter 90 dagar efter stroke. Justering har skett för kön, ålder och medvetandegrad vid ankomst till sjukhuset. Jämförelse mellan Skåne och riksgenomsnittet 2016-2021.



- C. Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar. Andel vårdtillfällen för patienter 65 år och äldre där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar. Jämförelse mellan Skåne och riksgenomsnittet 2016-2021. Senaste värde (2021) Riket 17 procent, Skåne 16 procent.