



**Kristianstads kommun**  
*Omsorgsnämnden*  
*Kommunstyrelsen för kännedom*  
*Kommunfullmäktige för kännedom*

## **Granskning av effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Kristianstads kommun**

KomRedo AB har på uppdrag av kommunernas och regionens revisorer genomfört en granskning av effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne (Avtalet). Syftet med granskningen är bedöma om Kristianstads kommun uppnår de mål och syften som anges i Avtalet. Ansvarig nämnd är omsorgsnämnden

Efter genomförd revision är den sammanfattande bedömningen att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att båda parterna inte uppnår de mål och syften som anges i Avtalet.

Bedömningen grundar sig bland annat på att det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalet målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande och bedöms därmed inte vara ändamålsenlig. KomRedo's bedömning är att omsorgsnämnden i Kristianstads kommun inte har gjort en tillräcklig uppföljning av Avtalet. Uppföljningsansvaret som anges i Avtalet har inte genomförts. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Kristianstads kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

Utifrån genomförd granskning lämnar KomRedo AB följande rekommendationer:

- Att omsorgsnämnden som ansvarig nämnd lyfter problematiken kring olika områden i Avtalet som redovisas i granskningen till lokala, delregionala och centrala samverkansorgan i syfte att åstadkomma att åtgärder vidtas för att förbättra Avtalets efterlevnad
- Att förutsättningar skapas för att åtgärder vidtas för att förbättra Avtalets efterlevnad. Därutöver behöver en systematisk uppföljning av Avtalet införas.

Granskningsrapporten överlämnas till omsorgsnämnden för besvarande senast den 31 december år 2022 och till kommunstyrelsen och kommunfullmäktige för kännedom. Svar skickas till revisionen@kristianstad.se och till det sakkunniga biträdet lena.salomon@pwc.com

För revisorerna i Kristianstads kommun

Sven Gunnar Linné  
Ordförande

Göran Sevebrant  
Vice ordförande

Revisionsrapport - Granskning av effekter  
av avtalet om ansvarsfördelning och ut-  
veckling avseende hälso- och sjukvården i  
Kristianstads kommun

2022-05-18

## Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning .....	2
2.	Uppdrag .....	4
3.	Metod .....	6
4.	Resultat av granskningen .....	7
5.	Svar på revisionsfrågor .....	16
	Bilaga 1 – Revisionskriterier .....	18
	Bilaga 2 – enkätsvar från patientorganisationer .....	19

## 1. Sammanfattning

KomRedo AB har på uppdrag av kommunernas och regionens revisorer genomfört en granskning av *Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne (Avtalet)*. Syftet med den aktuella granskningen är att bedöma om Kristianstads kommun uppnår de mål och syften som anges i Avtalet. Ansvarig nämnd är Omsorgsnämnden.

### *Lakttagelser och bedömningar*

Vår sammanfattande bedömning är att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att parterna inte uppnår de mål och syften som anges i Avtalet. Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalet målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande och bedöms därmed inte vara ändamålsenlig. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Kristianstads kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

KomRedo bedömer utifrån vad som framkommit i intervjuer, skriftliga svar och dokumentation att avtalsefterlevnaden inte är tillfredsställande. Detta gäller främst områdena Läkarmedverkan, Egenvård och Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar. Kommunen uppger är att bristerna i första hand finns hos regionen.

KomRedo bedömer att ansvars- och kostnadsfördelningen i huvudsak är ändamålsenlig. Vi konstaterar att brister i avtalsefterlevnaden kan leda till ökade kostnader för kommunen. För att kostnadsfördelningen ska vara helt ändamålsenlig måste avtalsefterlevnaden bli bättre.

Vi noterar att kommunen under de senaste två åren fokuserat på samverkan kopplat till pandemin. Trots vissa brister bidrar Kristianstads kommun i stor utsträckning till en ändamålsenlig samverkan. KomRedo bedömer att efterlevnaden till Avtalet avseende samverkan är ändamålsenlig.

Kommunen anger att de inte fattat så många specifika beslut eller vidtagit några specifika åtgärder för att uppnå de mål och syften som anges i huvudavtalet. Granskningen indikerar dock att det finns vissa brister i några avtal och överenskommelser och att ytterligare åtgärder behöver vidtas för att komma till rätta med dessa. Granskningen indikerar också att en stor del av ansvaret för detta ligger på regionen. KomRedo bedömer att Kristianstads kommun inte har fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet samt att det finns brister i vidtagna åtgärder avseende alla delar i Avtalet för att uppnå de mål och syften som anges i Avtalet.

Mot bakgrund av vad som framkommit av tillgänglig information bedömer vi att effekterna för brukare och verksamheten inte varit ändamålsenliga, utifrån bristande avtalsefterlevnad.

KomRedo's bedömning är att omsorgsnämnden i Kristianstads kommun inte har gjort en tillräcklig uppföljning av Avtalet. Uppföljningsansvaret som anges i Avtalet har inte genomförts.

Vi kan samtidigt konstatera genom bland annat minnesanteckningar från lokala och delregionala möten att Avtalet och dess olika delar noga följts på det lokala planet och i regionala samverkansorgan där aktuella problemområden har tagits upp för diskussion och förändringar har föreslagits.

Avseende utvecklingsområdena i Avtalet är KomRedo's bedömning att arbetet med utvecklingsområdena brister samt att målsättningarna med utvecklingsområdena inte nåtts i kommunen.

### *Rekommendationer*

Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer, skriftliga svar och dokumentation såsom nämndprotokoll, minnesanteckningar och underlag från centrala, delregionala och lokala samverkansmöten, gjorda uppföljningar, patientsäkerhetsberättelser mm är KomRedo's rekommendation följande:

- att Omsorgsnämnden som ansvarig nämnd lyfter problematiken kring olika områden i Avtalet som redovisas i granskningen till lokala, delregionala och centrala samverkansorgan i syfte att åstadkomma att åtgärder vidtas för att förbättra Avtalets efterlevnad.
- att förutsättningar skapas för att åtgärder vidtas för att förbättra Avtalets efterlevnad. Därutöver behöver en systematisk uppföljning av Avtalet införas.

## 2. Uppdrag

KomRedo AB har fått i uppdrag av regionens och kommunernas revisorer att genomföra en granskning av *Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne (Avtalet)*. Det övergripande syftet med granskningen är att bedöma om Region Skåne och Skånes kommuner uppnår de mål och syften som anges i Avtalet.

Granskningen görs i två delar och avser 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?

### Del 2 - Skånes kommuner

- Efterlevs gällande Avtal? Har kommunen fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet?
- Är ansvarsfördelningen och kostnadsfördelningen mellan Region Skåne och kommunen med anledning av Avtalet ändamålsenlig?
- Bidrar Region Skåne och kommunen 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?

Del 2 omfattar 16 av Skånes kommuner (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).

Denna granskning avser Kristianstads kommun. Separata granskningar görs avseende Region Skåne och ytterligare 15 kommuner. En sammanvägd bild av om Region Skåne och Skånes kommuner uppnår de mål och syften som anges i Avtalet redovisas i en sammanfattande rapport.

### 2.1. Bakgrund och syfte

De skånska kommunerna och Region Skåne fastställde i april 2016 en överenskommelse om ansvarsfördelning och utveckling av hälso- och sjukvården i Skåne. Samtliga skånska kommuner har undertecknat Avtalet. Avtalet gäller tills vidare. Avtalet omfattar bland annat följande områden:

- Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård
- Gemensam vårdplanering
- Rehabilitering
- Habilitering
- Åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning

- Egenvård
- Hjälpmedel
- Palliativ vård
- Munhälsa
- Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar

Avtalet innehåller också följande fyra utvecklingsområden:

- Utveckling av teambaserad vårdform för de mest sjuka
- Utveckling av insatser för tidvis sviktande
- Utveckling av arbetssätt och stöd för personer i riskgrupper
- Utredda förutsättningar för att samorganisera rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning

Denna granskning syftar till att bedöma om Kristianstads kommun uppnår de mål och syften som anges i Avtalet. Synpunkter från region Skåne redovisas i en separat granskning (del 1 ovan).

## 2.2. Revisionsfrågor

I granskningen ska bland annat följande frågeställningar besvaras:

- Efterlevs gällande Avtal?
- Har kommunen fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet?
- Är ansvarsfördelningen och kostnadsfördelningen mellan Region Skåne och kommunen med anledning av Avtalet ändamålsenlig?
- Bidrar Region Skåne och kommunen 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?

## 2.3. Revisionskriterier

Analysen utgår i första hand från Avtalet med dess bilagor. 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.

## 2.4. Ansvarig nämnd

Omsorgsnämnden

## 2.5. Avgränsning

Avseende genomförd enkät till patientorganisationer vill vi framhålla att resultatet inte avser en specifik kommun utan ger en allmän bild som grundas på erfarenheter som erhållits från patienter och brukare i länet som vänt sig till en patientorganisation för råd och stöd.

### 3. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjufrågor (som skickats ut i förväg) med skriftliga svar och bedömningar från kommunen samt intervjuer med representanter för förvaltningen. I besvaret av intervjufrågor har verksamhetschef, verksamhetsutvecklare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt medicinskt ansvarig rehabiliteringssköterska (MAR) deltagit. Avstämmande intervju har gjorts med verksamhetschef. Intervjusvar och tillhörande bedömningar har således lämnats av representanter från förvaltningen.

Granskningen har genomförts under mars och april 2022 av Anders Haglund, certifierad kommunal revisor, Camilla Karlsson, certifierad kommunal revisor och uppdragsansvarig 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. Projektledare 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. 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 Skåne, som i sin inriktning berör flera av de patientgrupper som Avtalet avser. Enkätens frågor har ingen direkt koppling till en specifik kommun utan utgår från organisationernas upplevelse kring hur Avtalet påverkat deras patient- och brukargrupper. Enkäten, som var webbaserad, innehöll ett 20 tal frågor och varje fråga hade fyra svarsalternativ. Se samtliga frågor och svar i bilaga 2.



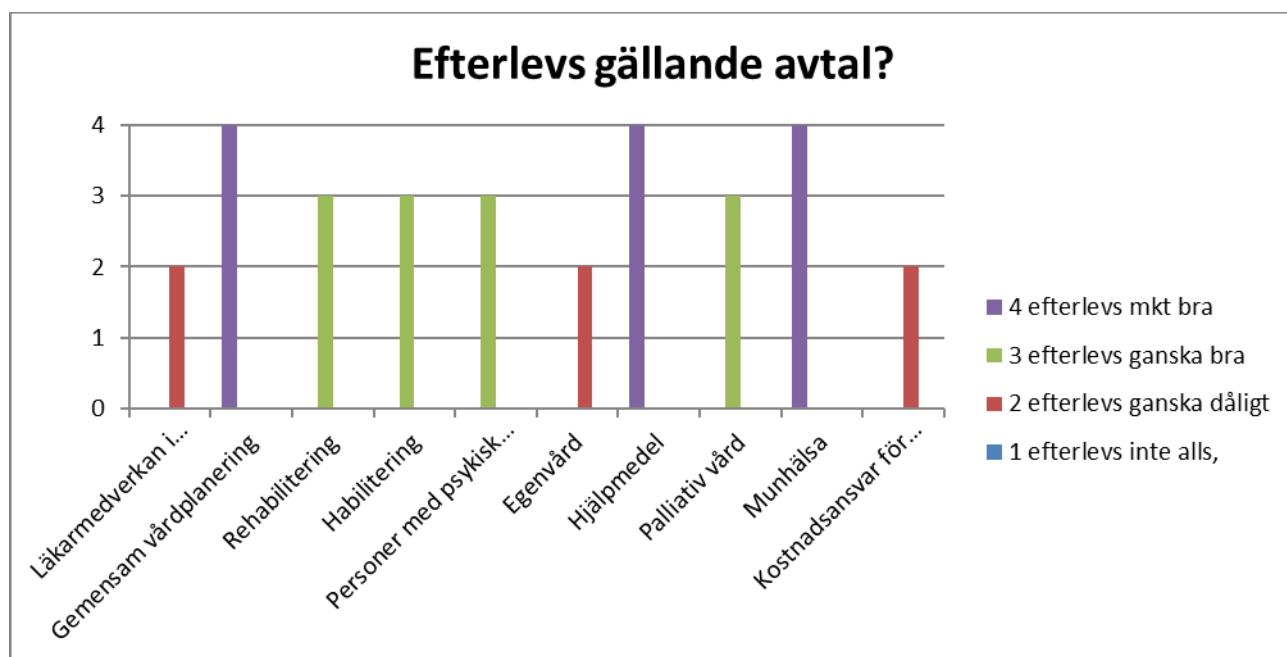
## 4. Resultat av granskningen

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar av revisionsfrågorna utifrån de intervjuer som gjorts samt genomgång av dokumentation såsom nämndprotokoll, minnesanteckningar och underlag från centrala, del-regionala och lokala samverkansmöten, gjorda uppföljningar, patientsäkerhetsberättelse mm. Generellt saknas i kommunen egna dokumenterade uppföljningar och bedömningar av hur Avtalet fungerar.

I följande redovisas ett antal citat som vi bedömer är representativa för kommunens egen uppfattning kring efterlevnaden av Avtalet. Med kommunen menar vi verksamhetsansvariga och medicinskt ansvarig sjuksköterska som har bidragit med svar och underlag, se även beskrivning under avsnitt 3.

### 4.1. Efterlevs gällande avtal?

Nedanstående diagram visar kommunens tjänstemannabedömning (fortsättningsvis synonymt med "kommunens bedömning") av efterlevnaden av gällande avtal inom tio avtalsområden. Av diagrammet framgår att inom tre områden – Gemensam vårdplanering, Hjälpmedel och Munhälsa bedöms efterlevnaden av Avtalet vara *mycket bra*.



Inom fyra avtalsområden - Rehabilitering, Habilitering, Personer med psykisk funktionsnedsättning samt Palliativ vård bedöms efterlevnaden av Avtalet vara *ganska bra*. Inom tre avtalsområden – Läkarmedverkan, Egenvård samt Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar bedöms efterlevnaden av Avtalet vara *ganska dålig*.

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

##### Iakttagelser

I Avtalet ingår:

- fasta konsultationstillfällen
- planerade besök i olika boendeformer

- konsultationer med ansvarig sjuksköterska
- direktkontakter vid akuta behov
- årliga läkemedelsgenomgångar
- rådgivning stöd och fortbildning

Kommunens bedömning av efterlevnaden av Avtalet om läkarmedverkan är 2 på en 4-gradig skala.

#### *Citat från skriftliga intervjusvar*

*”Brister i tillgång på och svårigheter att få läkare till hembesök, framför allt i ordinärt boende. Avtalet tolkas olika av kommunen och primärvården, exempelvis inskrivning i mobilt vårdteam. Kommunens sjuksköterska gör bedömning av att läkarmedverkan behövs på plats medan primärvården anser att detta kan ske via telefon. Det förekommer att primärvårdens läkare inte tar fullt koordineringsansvar utan hänvisar kommunens legitimerade personal till läkare inom slutenvården som hänvisar tillbaka till primärvården.”*

Av intervjun framgår att det i kommunen finns 11–12 vårdcentraler, att dessa fungerar på olika sätt och att det inte finns någon koordinering mellan dessa. Detta leder till olika tolkningar, exempelvis när inskrivning sker av patienter av mobilt vårdteam. Vidare framhålls att vårdcentralerna ofta anser att det inte är nödvändigt att patienten deltar i den processen medan kommunen anser att detta är viktigt. Det genomförs inskrivningar i mobilt team men dessa fungerar, enligt kommunen inte i praktiken. Vidare framhålls att det också är, generellt svårt att få ut läkare på besök, vilket kommunen menar beror på läkarbrist.

#### *Bedömning*

KomRedo bedömer, mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer och skriftliga svar att det finns brister i efterlevnaden i denna del av Avtalet. Vår bedömning är att de brister som anges handlar i hög grad om läkarmedverkan samt att det görs olika tolkningar mellan vårdcentralerna vilket innebär att problemen i hög grad, förefaller finnas inom regionens aktörer.

### 4.1.2. Gemensam vårdplanering (in- och utskrivningsprocessen från och till slutenvården)

#### *lakttagelser*

Vi noterar att överenskommelsen har sin grund i Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård som gäller fr.o.m. 2018-01-01. I 4 kap. 4§ anges att landsting och kommun i samråd ska utarbeta gemensamma riktlinjer till vårdgivare och till dem som bedriver socialtjänst avseende samverkan enligt lagen. I Skåne har gemensam processbeskrivning tagits fram och, med utgångspunkt från denna, har en Skåneövergripande *Rutin och vägledning för samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård* framarbetats.

Efterlevnaden av överenskommelsen bedöms av kommunen till 4 på en 4-gradig skala.

#### *Citat från skriftliga intervjusvar*

*”Upplever att följsamheten till processen blivit bättre.”*

I intervjun bekräftas att området fungerar bra. Kommunen framför att det finns en bred vilja att samarbeta där samtliga parter bidrar positivt. Det finns dock smärre problem som kvarstår men utvecklingen har varit positiv.

### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit av intervjuer, skriftliga svar och dokumentation bedömer KomRedo att efterlevnaden mot Avtalet om gemensam vårdplanering är ändamålsenlig.

## 4.1.3. Rehabilitering och Habilitering

### *Iakttagelser*

Samverkan utgår från Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2008:20. Samordningen bör innehålla följande uppgifter:

- Uppgift om brukarens behov, förutsättningar och intressen.
- Målet för de samordnande insatserna.
- Planerade och beslutade insatser.
- Uppgift om vilka verksamheter och vilken personal som ska genomföra insatserna.
- En tidsplan för samordning av insatserna.
- Samordnarens namn, adress, telefonnummer, telefax samt e-postadress.
- Uppgift om vad som ska följas upp respektive utvärderas och vem som ansvarar för det samt när detta ska ske.

Efterlevnaden av överenskommelsen bedöms av kommunen för såväl rehabilitering som för habilitering till 3 på en 4-gradig skala.

### *Citat från skriftliga intervjusvar*

*”När det gäller rehabilitering är det ganska tydligt vem som gör vad och det blir sällan diskussioner. Svårigheter kan uppstå när individen har många insatser så kan det bli väldigt många kontakter både i regionen och kommunen.*

*När det gäller habilitering är det flera intressenter involverande runt personer födda efter -1974, dvs för yngre finns ett gemensamt ansvar men kommun föreskriver hjälpmedel.”*

I intervjun bekräftas att området fungerar relativt bra. Det framkommer dock att antalet kontakter mot brukarna behöver nedbringas. Det framförs också att vårdcentralerna arbetar på olika sätt och deras bemanning ser olika ut.

### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit av intervjuer, skriftliga svar och dokumentation bedömer KomRedo efterlevnaden i denna del av Avtalet fungerar relativt bra, men det framkommer dock att det finns problem när många parter är involverade samt att vårdcentralerna arbetar på olika sätt.

## 4.1.4. Åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning

### *Iakttagelser*

Vi noterar att ramöverenskommelsen fastställer parternas gemensamma avsikt att bedriva och utveckla samarbete för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgrupperna. Samarbete ska ske med individen i centrum.

Samarbetet ska leda till att personer inom målgrupperna ska:

- få tillgång till tidiga insatser på rätt nivå

- få möjlighet att leva som andra och att vara delaktiga i samhället
- få stöd till återhämtning
- få möjlighet till rehabilitering/habilitering utifrån individuella förutsättningar

Efterlevnaden av överenskommelsen bedöms av kommunen till 3 på en 4-gradig skala.

#### *Citat från skriftliga intervjusvar*

*”Arbetet fortsätter med att utveckla samarbetsforum för att skapa goda förutsättningar för dialog. Kommunen bygger upp sin kompetens kring området.”*

Intervjun bekräftar att området fungerar relativt väl. Det framkommer dock att antalet kontaktytor är många och behöver reduceras.

#### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit av intervjuer och skriftliga svar bedömer KomRedo efterlevnaden i denna del av Avtalet fungerar relativt bra.

### 4.1.5. Egenvård

#### *lakttagelser*

Egenvård regleras i Socialstyrelsens föreskrift ”Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård” (SOSFS 2009:6), och ska gälla inom verksamhet som omfattas av HSL. Kommunerna och Region Skåne har gemensamma rutiner för samarbetet gällande egenvård. Rutinerna ska uppdateras utifrån ändrade föreskrifter och uppföljning av rutinernas ändamålsenlighet.

Efterlevnaden av överenskommelsen bedöms av kommunen till 2 på en 4-gradig skala, det vill säga ganska dålig.

#### *Citat från skriftliga intervjusvar*

*”Brister i kunskap hos både läkare, kommunens sjuksköterskor och biståndshandläggare gällande egenvård och uppföljning av egenvården.”*

I intervjun framkommer att det finns en osäkerhet rörande begreppet egenvård.

#### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit av intervjuer och skriftliga svar bedömer KomRedo att efterlevnaden i denna del av Avtalet inte fungerar tillfredsställande. KomRedo bedömer att följsamheten mot rutinen för egenvård är bristfällig.

### 4.1.6. Hjälpmedel

#### *lakttagelser*

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. Fördelningen är gjord utifrån patientens ålder samt utifrån produkt. Detta innebär att det är definierat vilka olika produktområden, produktgrupper och produktundergrupper som respektive part har kostnadsansvar för.

Kommunen bedömer efterlevnaden av överenskommelsen till 4 på en 4-gradig skala, det vill säga mycket bra.

#### *Citat från skriftliga intervjusvar*

*”Finns en väl förankrad samverkan som fungerar väl. Förtroendeförskrivning mellan kommun och regionen finns sedan många år och fungerar mycket väl.”*

Intervjun bekräftar att samverkan inom området fungerar bra. Det framkommer att kommunen har en egen hjälpmedelscentral vilket bidrar till att området fungerar bra.

#### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit av intervjuer och skriftliga svar bedömer KomRedo att efterlevnaden i denna del av Avtalet i huvudsak är ändamålsenlig.

### 4.1.7. Palliativ vård

#### *Iakttagelser*

Region Skåne och Skånes kommuner ska gemensamt tillse att medborgarna tillförsäkras palliativ vård av hög kvalitet och på lika villkor. Verksamheten bedrivs som basal respektive specialiserad palliativ vård.

Efterlevnaden av överenskommelsen bedöms av kommunen till 3 på en 4-gradig skala, det vill säga ganska bra.

#### *Citat från skriftliga intervjusvar*

*”En fortsatt utveckling av samverkan kring den palliativa patienten behövs.”*

I intervju framkommer att samarbetet, i huvudsak fungera bra, men att läkarbristen gör sig gällande genom att det är problem med läkarmedverkan vid brytsamtal. Dessa samtal behöver, enligt kommunen hållas tidigare än vad som är fallet idag.

#### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit av intervjuer och skriftliga svar bedömer KomRedo att efterlevnaden i denna del av Avtalet i huvudsak är ändamålsenlig.

### 4.1.8. Munhälsa

#### *Iakttagelser*

Vi noterar att Region Skåne har fr o m. januari 1999 enligt en ny 8a § i Tandvårdslagen (SFS 1998:554) ansvar för att bedriva uppsökande tandvårdsverksamhet till vissa äldre och funktionshindrade. Samarbete ska ske med kommunerna i regionen. Kommunen ska utse minst en person med ansvar för samordning av tandvårdsintyg.

Efterlevnaden av överenskommelsen bedöms av kommunen till 4 på en 4-gradig skala.

#### *Citat från skriftliga intervjusvar*

*”Dagens arbetssätt är väl etablerat.”*

I intervju bekräftas att samarbetet inom området fungerar bra.

#### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit av intervjuer och skriftliga svar bedömer KomRedo att efterlevnaden i denna del av Avtalet som ändamålsenlig.

#### 4.1.9. Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar

##### *Iakttagelser*

Efterlevnaden av överenskommelsen bedöms av kommunen till 2 på en 4-gradig skala.

##### *Citat från skriftliga intervjusvar*

*”Det förekommer ofta diskussioner mellan primärvård och slutenvård kring var kostnadsansvaret ska ligga.”*

Diskussionerna om kostnadsfördelningen kan, enligt kommunen innebära att patienten inte kan komma hem tillräckligt snabbt och det kan innebära att frågan inte heller är löst när patienten har kommit hem.

##### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit av intervjuer och skriftliga svar bedömer KomRedo att efterlevnaden av Avtalet i denna del inte är tillfredsställande.

#### 4.2. Är ansvarsfördelningen och kostnadsfördelningen mellan Region Skåne och respektive kommun med anledning av avtalet ändamålsenlig?

##### *Iakttagelser*

Kommunen framför att det finns en del områden, som behöver utvecklas vidare enligt tidigare lämnade svar och kommentarer. Kommunen bedömer dock att ansvars- och kostnadsfördelningen, i stor utsträckning är ändamålsenlig och rättvis.

Vi konstaterar att brister i avtalsefterlevnaden kan leda till ökade kostnader för kommunen. För att kostnadsfördelningen ska vara helt ändamålsenlig måste avtalsefterlevnaden bli bättre.

Det finns inget underlag som bekräftar att det medfört ökade kostnader för kommunen på grund av Avtalet.

##### *Bedömning*

Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer, skriftliga svar och dokumentation bedömer KomRedo att ansvars- och kostnadsfördelningen i huvudsak är ändamålsenlig.

#### 4.3. Bidrar Region Skåne och Kristianstads kommun till en ändamålsenlig samverkan?

##### *Iakttagelser*

Kommunens framhåller att regionen och Kristianstads kommun, i stor utsträckning bidrar till en ändamålsenlig samverkan.

Av kommunens skriftliga svar framgår att de senaste 2 åren har i princip all samverkan fokuserats kring pandemifrågor. De framför också att samverkan stärkts men fokus har under dessa år inte legat på Avtalet och dess utveckling. Fokus har i stället legat på patienterna och medborgarna. I intervju framförs också att kommunen skulle ha varit längre fram än vad de faktiskt var när pandemin kom. Pandemin underlättade inte arbetet utan gjorde att arbetet, i delar stannade av, helt eller delvis.

I patientsäkerhetsberättelsen för 2021 framgår att verksamheten har jobbat med säkerställande av olika områden (antigen genom egenkontroller eller via mål och strategier) som till exempel: dokumentation, läkemedelshantering, skyddsåtgärder, basala hygienrutiner, läkarstöd, samt team och intern- och externsamverkan. Omsorgsnämndens mål om fortsatt inskrivning i mobilt vårdteam och samverkan om de mest sjuka följs upp 2021 genom att beskriva hur överenskommelse om mobilt vårdteam som träffats mellan kommunen och primärvården fungerat. Prioriterat område är ordinärt boende. Stöd från läkare sker huvudsakligen i form av konsultation mellan läkare och sjuksköterska. Akuta besök görs av Falck. Primärvården har vissa svårigheter med att säkerställa läkarstöd i enlighet med överenskommelsen. Med anledning av detta och behov av läkarstöd i det dagliga arbetet men även efter utskrivning från slutenvården har kommunen påbörjat planering av ett gemensamt projekt för säkerställande av läkarstöd. Arbetet kommer att fortsätta under 2022.

#### *Bedömning*

KomRedo bedömer, mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer, skriftliga svar och dokumentation, att efterlevnaden av Avtalet i denna del är ändamålsenlig, dock medförde pandemin att samarbetet, i delar stannade av, helt eller delvis.

### 4.4. Vilka beslut och åtgärder har kommunen vidtagit för att uppnå de mål och syften som anges i avtalet?

#### *Iakttagelser*

Av kommunens skriftliga svar framgår att inga beslut och åtgärder direkt kopplade till Avtalet har fattats eller vidtagits. Kommunen anger att den ordinarie verksamheten har bedrivits utan större förändringar, jämfört med tidigare. Det framgår dock att kommunen, sedan ett par år har ett hemgångsstöd som särskilt fokuserar på att möta utskrivningar och vårdplaneringar vid utskrivning.

Uppföljning av övriga mål i patientsäkerhetsberättelsen 2021 beskriver att arbete i samverkan ska fortsätta samt att verksamheterna generellt sett behöver bli bättre på dokumentation och kartläggning av patienternas tillstånd.

Kommunen anger att de inte fattat så många specifika beslut eller vidtagit några specifika åtgärder för att uppnå de mål och syften som anges i huvudavtalet. Granskningen indikerar dock att det finns vissa brister i avtal och överenskommelser och att det saknas åtgärder för att komma till rätta med dessa. Granskningen indikerar också att en stor del av ansvaret för detta ligger på regionen.

#### *Bedömning*

KomRedo bedömer utifrån vad som framkommit i intervjuer, skriftliga svar och dokumentation att Kristianstads kommun inte har fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet. KomRedo bedömer att det brister i vidtagna åtgärder avseende alla delar i Avtalet för att uppnå de mål och syften som anges i Avtalet.

### 4.5. Är effekterna som kan påvisas för brukarna och för verksamheten ändamålsenliga?

#### *Iakttagelser*

Kommunen bedömer att effekterna av grundavtalet, för brukare och verksamheten, i stor utsträckning varit ändamålsenliga. Utvecklingsavtalet har dock ännu inte givit några effekter.

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. Med hänsyn till den begränsade svarsfrekvensen bör resultatet tolkas med försiktighet.

Av enkäten framgår bland annat 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 att gemensam vårdplanering (in- och utskrivningsprocessen från och till slutenvården) fungerar ganska dåligt eller mycket dåligt ur ett patient- och brukarperspektiv. Kommentarer visar på en variation i upplevelserna (ibland fungerar det bra och vid andra tillfällen dåligt, i veckorna fungerar det medan på helgerna får de inte vara med i planeringen osv). Avseende rehabilitering svarade 9 av 12 att det fungerar ganska dåligt eller inte alls ur ett patient- och brukarperspektiv. Kommentarer lämnas om att det i många fall inte erbjuds någon rehabilitering till patienter som erhållit en diagnos eller genomgått operation. Någon psykiatrisk rehabilitering erbjuds inte. Respondenterna uppger också att det finns bra rehabilitering men att det är något som patienten får fråga efter.

Från enkätsvaren visas även en samstämmig bild att åtagandet för personer med psykisk funktionsnedsättning inte fungerar ändamålsenligt. Likande resultat erhöles beträffande flera andra områden i Avtalet. Avseende den palliativa vården svarade 8 av 9 att den fungerar ganska bra eller mycket bra ur ett patient- och brukarperspektiv.

I enkätsvaren från patientorganisationerna uppger 5 av 9 att Avtalet inneburit en höjd kvalitet för patient-/brukargruppen medan resterande uppger att Avtalet efterlevs ganska dåligt eller inte alls.

KomRedo konstaterar utifrån av vad som framkommit i intervjuer, skriftliga svar och dokumentation att effekterna för brukarna är svåra att mäta men att kommunen bedömer att positiva effekter finns.

Vi konstaterar också att individanpassningen och ett mer personcentrerat arbetssätt är ett fokusområde inom "God och nära vård" som nu håller på att implementeras.

De samlade resultaten av enkätsvaren redovisas i bilaga 2.

### *Bedömning*

KomRedo bedömer utifrån vad som framkommit i intervjuer, skriftliga svar och dokumentation att Kristianstads kommun inte har fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet. KomRedo bedömer att effekterna för brukarna och verksamheten inte är ändamålsenlig, utifrån brister i avtalsefterlevnad.

## 4.6. Har kommunen gjort en ändamålsenlig uppföljning av avtalet?

### *lakttagelser*

Enligt Avtalet punkt 6.1 ska en gemensam löpande uppföljning av måluppfyllelsen av såväl följsamhet till grundöverenskommelsen som framsteg, resultat och konsekvenser i utvecklingsprocessen göras enligt en gemensam uppföljningsplan. I Avtalet om läkarmedverkan punkt 12.2 anges att brister och klagomål med anledning av detta avtal skall följas upp lokalt. Parterna åtar sig att på varje boende och på det geo-grafiska område som det lokala Avtalet omfattar, en gång per år göra en gemensam rapport över hur de upplever att samverkan fungerar. Parterna ska ha en gemensam tidplan och mall för denna rapport, som i färdigställt skick lämnas till den regionövergripande nivån för en samlad uppföljning. Det gäller såväl kommun som region.



Vi kan samtidigt konstatera genom bland annat minnesanteckningar från lokala och delregionala möten att Avtalet och dess olika delar noga följts på det lokala planet och i regionala samverkansorgan där aktuella problemområden har tagits upp för diskussion och förändringar har föreslagits.

Det framgår av kommunens skriftliga svar att de inte har genomfört någon egen uppföljning av Avtalet. Inom ramen för delregional samverkan har dock uppgifter följts upp vid samverkansmöten. Behovet av en egen uppföljning har, av kommunen bedömts som liten. I intervjun framkommer också att kommunen inte har genomfört någon systematisk uppföljning av Avtalet.

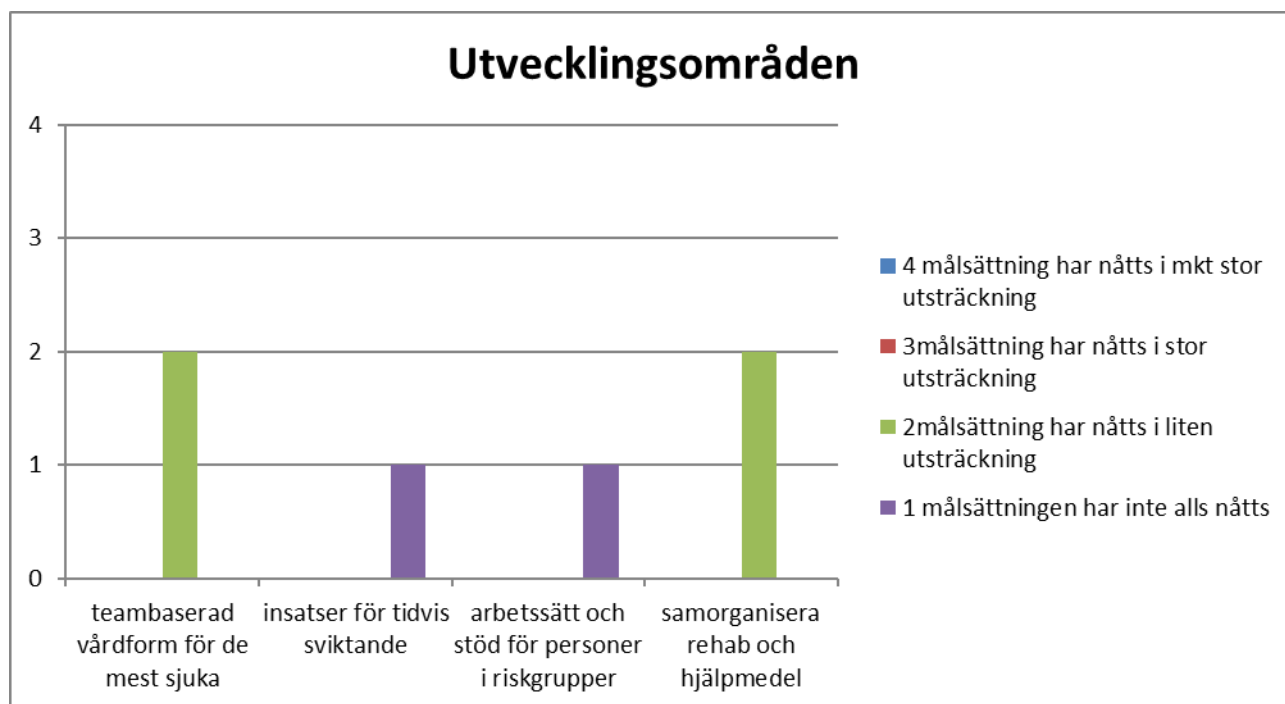
I Patientsäkerhetsberättelsen 2020 omnämns läkarmedverkan och utskrivning från slutenvården och att dessa frågor är prioriterade. Där framgår också att ett utvecklingsarbete har skett beträffande rehabilitering och hjälpmedel. Slutligen framgår att en uppföljning har gjorts beträffande mobilt team. Någon analys eller slutsats rörande tillämpningen av Avtalet redovisas dock inte.

### Bedömning

KomRedo bedömer utifrån vad som framkommit i intervjuer, skriftliga svar och dokumentation att omsorgsnämnden i Kristianstads kommun inte har fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet. KomRedo's bedömning är att omsorgsnämnden inte har gjort en ändamålsenlig och inte heller dokumenterad uppföljning av Avtalet. Uppföljningsansvaret som anges i Avtalet 6.1 (bilagor som ingår i huvudavtalet) har inte genomförts.

## 4.7. Utvecklingsområden

Nedanstående diagram visar kommunens bedömning av i vilken utsträckning målsättningarna av Avtalets fyra utvecklingsområden nåtts. Av diagrammet framgår att för två av områdena bedöms målsättningen nåtts i liten utsträckning och för två områden har målsättningen inte alls nåtts.



### Iakttagelser

KomRedo noterar att kommunen uppger att målsättningarna med Avtalets två utvecklingsområden inte alls har nåtts och för två har målsättningen nåtts i liten utsträckning. Kommunen anför att eftersom målet för

utvecklingsområde, teambaserad vårdform för de mest sjuka endast i liten utsträckning nåtts, har inte heller målen nåtts för utvecklingsområdena, utveckling av insatser för tidvis sviktande och utveckling av arbetssätt och stöd för personer i riskgrupp.

Beträffande området, Utveckling av teambaserad vårdform för de mest sjuka framgår av kommunens skriftliga svar att de innan pandemin hade utvecklat ett arbetssätt för inskrivning och hantering, men att de senaste 2 åren har, till följd av pandemin, mycket av detta arbete stått stilla. Det har dock, i stället varit en mer omfattande samverkan kring pandemiarbetet. Det framförs också i intervju att det stora antalet vårdcentraler med olika arbetssätt komplicerar utvecklingen.

När det gäller området, Utveckling av insatser för tidvis sviktande framgår av kommunens svar att detta inte varit ett prioriterat område då fokus legat på att utveckla teambaserad vårdform i sin tur påverkats negativt av pandemin.

Området, Utveckling av arbetssätt och stöd för personer i riskgrupper har, enligt kommunen heller inte varit ett prioriterat område då fokus legat på teambaserad vårdform.

Beträffande området, Utreda förutsättningar för att samorganisera rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning framgår det av kommunens skriftliga svar att det varit en långsam utveckling och att utvecklingen inom området har avstannat.

#### Bedömning

KomRedo bedömer utifrån av vad som framkommit i intervjuer, skriftliga svar och dokumentation att målsättningarna med utvecklingsområdena inte nåtts i kommunen. KomRedo bedömer att arbetet med utvecklingsområdena inte fungerar tillfredsställande för att uppnå målsättningarna.

## 5. Svar på revisionsfrågor

Vår sammanfattande bedömning är att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att parterna inte uppnår de mål och syften som anges i Avtalet.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalet målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande och bedöms därmed inte vara ändamålsenlig.

KomRedo's bedömning är att omsorgsnämnden i Kristianstads kommun inte har gjort en tillräcklig uppföljning av Avtalet. Uppföljningsansvaret som anges i Avtalet har inte genomförts.

KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Kristianstads kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

Vår samlade bedömning bygger på svaren på revisionsfrågorna enligt följande:

Revisionsfråga	Svar
Efterlevs gällande avtal?	KomRedo bedömer utifrån vad som framkommit i intervjuer, skriftliga svar och dokumentation att avtalsefterlevnaden inte är tillfredsställande. Detta gäller främst områdena Läkarmedverkan, Egenvård och Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar.
Har Kristianstads kommun fullgjort sitt ansvar enligt avtalet?	KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Kristianstads kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

Är ansvarsfördelningen och kostnadsfördelningen mellan Kristianstads kommun och Region Skåne med anledning av avtalet ändamålsenlig?	KomRedo bedömer, mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer, skriftliga svar och dokumentation att ansvars- och kostnadsfördelningen i huvudsak är ändamålsenlig.
Bidrar Kristianstads kommun och Region Skåne till en ändamålsenlig samverkan?	KomRedo bedömer, mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer, skriftliga svar och dokumentation, att efterlevnaden av Avtalet i denna del är ändamålsenlig, dock medförde pandemin att samarbetet, i delar stannade av, helt eller delvis.
Vilka beslut och åtgärder har vidtagits för att uppnå de mål och syften som anges i avtalet?	KomRedo bedömer utifrån vad som framkommit i intervjuer, skriftliga svar och dokumentation att Kristianstads kommun inte har fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.  KomRedo bedömer att det brister i vidtagna åtgärder avseende alla delar i Avtalet för att uppnå de mål och syften som anges i Avtalet.
Är effekterna som kan påvisas för brukarna och för verksamheten ändamålsenliga?	KomRedo bedömer utifrån vad som framkommit i intervjuer, skriftliga svar och dokumentation att Kristianstads kommun inte har fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet. KomRedo bedömer att effekterna för brukarna och verksamheten inte är ändamålsenlig, utifrån brister i avtals- efterlevnad.
Har kommunen gjort en ändamålsenlig uppföljning av avtalet?	KomRedo bedömer utifrån vad som framkommit i intervjuer, skriftliga svar och dokumentation att omsorgsnämnden i Kristianstads kommun inte har fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.  KomRedo's bedömning är att omsorgsnämnden inte har gjort en ändamålsenlig och inte heller dokumenterad uppföljning av Avtalet. Uppföljningsansvaret som anges i Avtalet har inte genomförts.

#### Rekommendationer:

Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer, skriftliga svar och dokumentation såsom nämndprotokoll, minnesanteckningar och underlag från centrala, delregionala och lokala samverkansmöten, gjorda uppföljningar, patientsäkerhetsberättelser mm är KomRedo's rekommendation följande:

- att Omsorgsnämnden som ansvarig nämnd lyfter problematiken kring olika områden i Avtalet som redovisas i granskningen, till lokala, delregionala och centrala samverkansorgan i syfte att åstadkomma att åtgärder vidtas för att förbättra Avtalets efterlevnad.
- att förutsättningar skapas för att åtgärder vidtas för att förbättra Avtalets efterlevnad. Därutöver behöver en systematisk uppföljning av Avtalet införas.

Dag som ovan,

Camilla Karlsson

Certifierad kommunal revisor och uppdragsansvarig

## Bilaga 1 – Revisionskriterier

### Lagar, förordningar och myndighetsföreskrifter med mera:

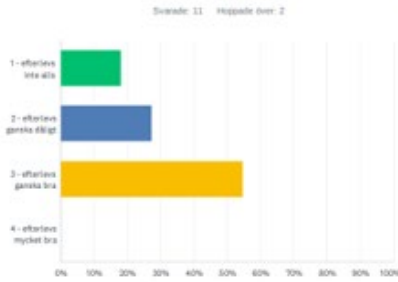
- Hälsa- och sjukvårdslag (2017:30)
- Tandvårdslagen (185:125)
- Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)
- Kommunallag (2017:725)
- Förvaltningslagen (2017:900)
- Socialtjänstlagen (2014:453)
- Lag om valfrihetssystem (2008:962)
- Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem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

### Interna styrdokument, riktlinjer och redovisande dokument

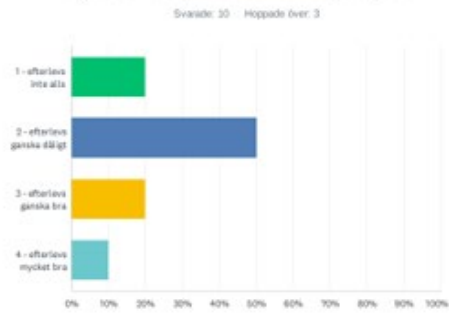
- Avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne – Region Skåne och Skånes kommuner – 2016-01-19 samt bilagor.
- Överenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne län om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård – Region Skåne och Skånes kommuner – 2017-11-24
- Avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne (samt bilagor). Region Skåne och Kommunförbundet Skåne. 2016
- 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.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete 2011.

## Bilaga 2 – enkätsvar från patientorganisationer

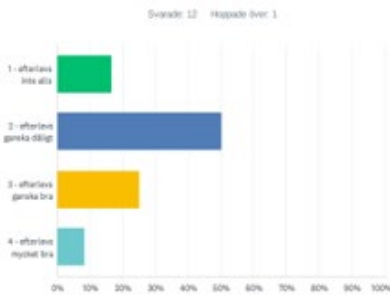
**F1** Den gemensamma värdegrunden för samarbetet och de verksamheter som omfattas av avtalet är individfokus och att skapa personcentrerade samarbetslösningar utifrån den enskilda individens behov och förutsättningar. Hur bedömer ni att detta generellt efterlevs?



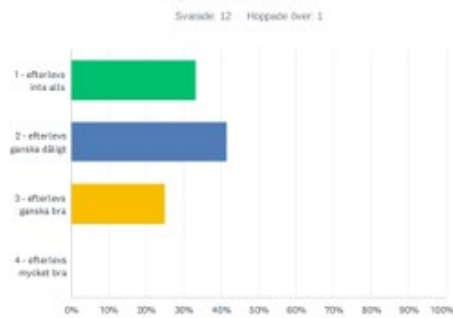
**F2** Hur bedömer ni att läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?



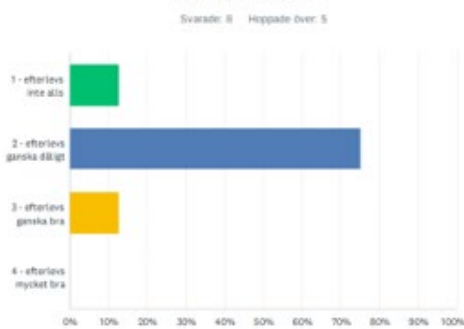
**F3** Hur bedömer ni att gemensam vårdplanering (in- och utskrivningsprocessen från och till slutenvården) fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?



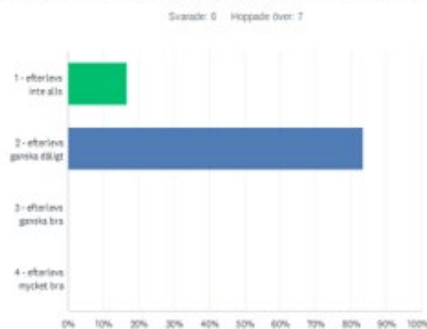
**F4** Hur bedömer ni att rehabilitering fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?



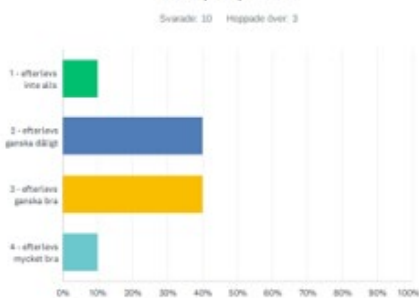
**F5** Hur bedömer ni att habilitering fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?



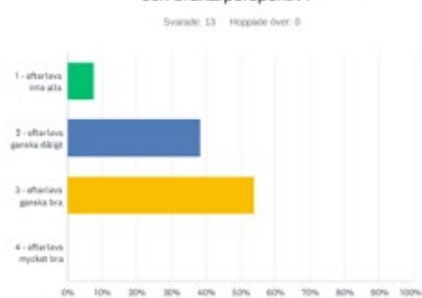
**F6** Hur bedömer ni att åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?



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

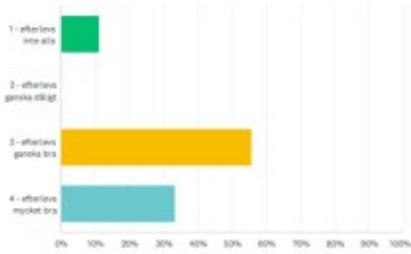


**F8** Hur bedömer ni att hanteringen av hjälpmedel fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?



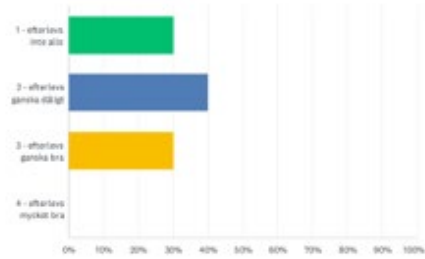
F9 Hur bedömer ni att den palliativa vården fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?

Swavide: 9 Hoppade över: 4



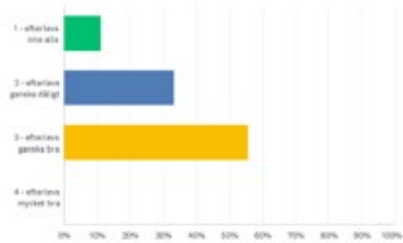
F10 Hur bedömer ni att insatser för munhälsa fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?

Swavide: 13 Hoppade över: 3



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

Swavide: 9 Hoppade över: 4



# 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. Våra sammanfattande bedömningar .....</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 måloppfyllelse 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 åstadkommit 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? Gör 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.

Projektledare 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 faktakontroll. 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 ineliggande 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 specialisteriktade 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.

*Iakttagelser*

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.

##### *lakttagelser*

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.

##### *lakttagelser*

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.

#### *lakttagelser*

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 frånsett 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 intervjuer. 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 slutet 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-hälsost strategi 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 resurssetts 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".

#### *lakttagelser*

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 arbetsätt 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 genomförandetakt 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 avstannade 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 valfrihetssystem. Eftersom systemet är komplicerat för att få en sammanhållet 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. Donabedians<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-/Närstående perspektiv 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:**

- Hälsa- 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**

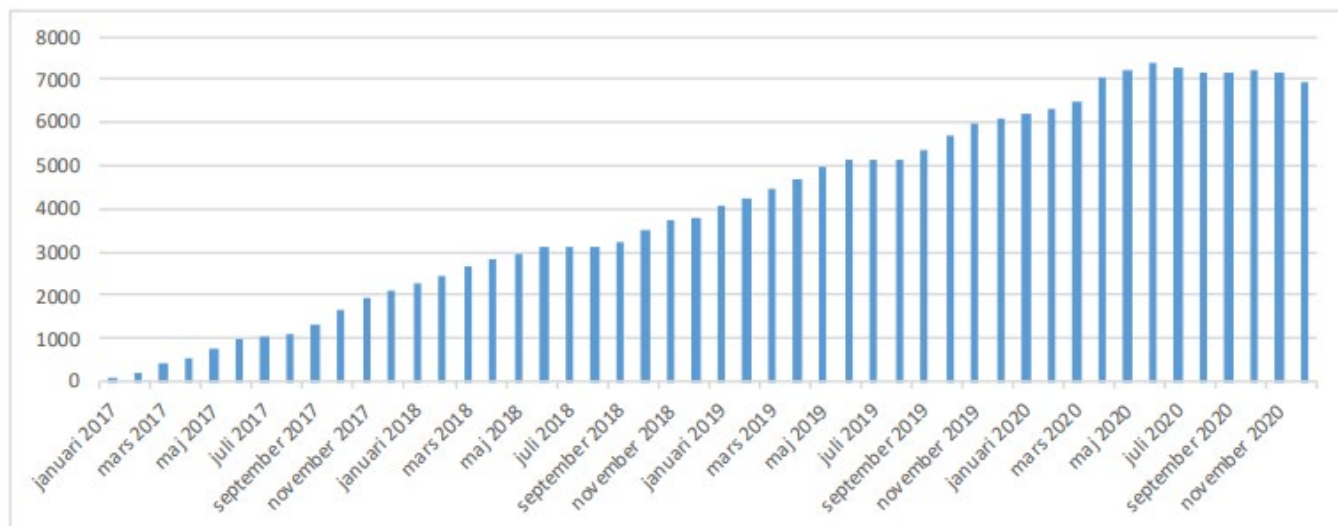
- Avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne – Region Skåne och Skånes kommuner – 2016-01-19 samt bilagor.
- Överenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne län om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård – Region Skåne och Skånes kommuner – 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 kundnöjdhetsuppföljningar 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)**

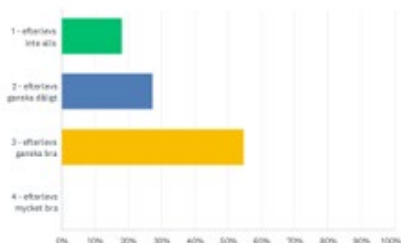


(Källa: KEFU Skriftserie 2021:2)

## Bilaga 4 – Enkät svar

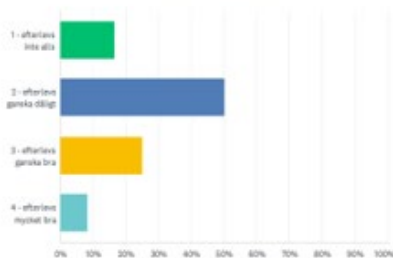
F1 Den gemensamma värdegrunden för samarbetet och de verksamheter som omfattas av avtalet är individfokus och att skapa personcentrerade samarbetslösningar utifrån den enskilda individens behov och förutsättningar. Hur bedömer ni att detta generellt efterlevs?

Svarade: 11 Hoppade över: 2



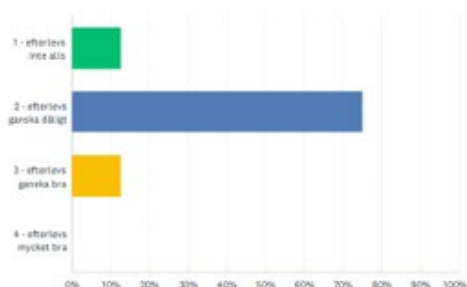
F3 Hur bedömer ni att gemensam vårdplanering (in- och utskrivningsprocessen från och till slutenvården) fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?

Svarade: 12 Hoppade över: 1



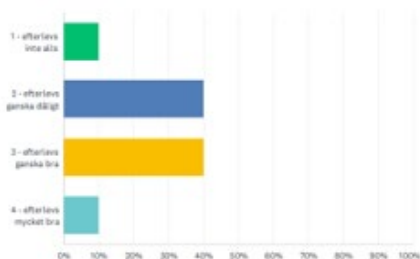
F5 Hur bedömer ni att habilitering fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?

Svarade: 8 Hoppade över: 5



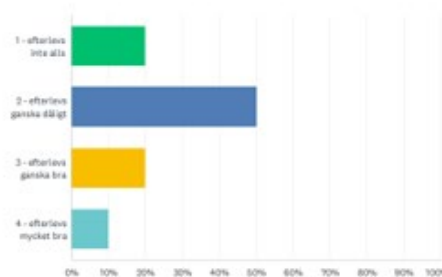
F7 Hur bedömer ni att egenvård fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?

Svarade: 10 Hoppade över: 3



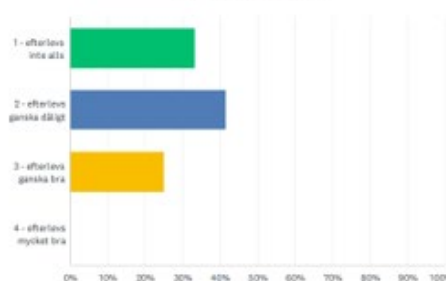
F2 Hur bedömer ni att läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?

Svarade: 20 Hoppade över: 3



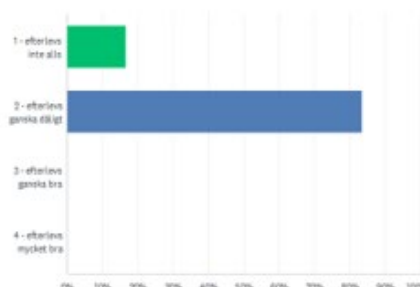
F4 Hur bedömer ni att rehabilitering fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?

Svarade: 12 Hoppade över: 1



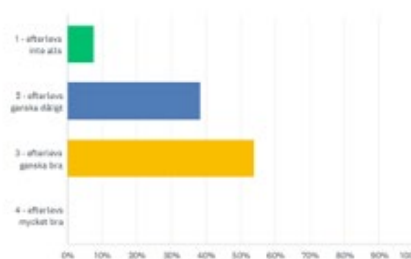
F6 Hur bedömer ni att åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?

Svarade: 6 Hoppade över: 7



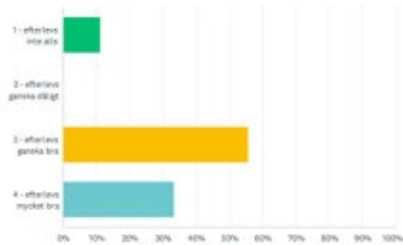
F8 Hur bedömer ni att hanteringen av hjälpmedel fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?

Svarade: 13 Hoppade över: 0



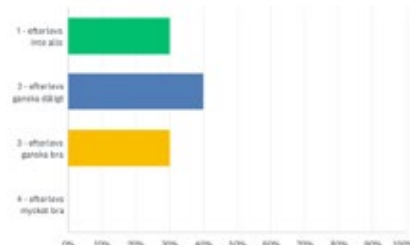
F9 Hur bedömer ni att den palliativa vården fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?

Svarade: 9 Hoppade över: 4



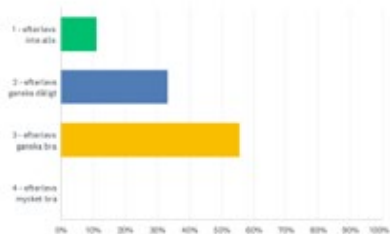
F10 Hur bedömer ni att insatser för munhälsa fungerar ur ett patient- och brukarperspektiv?

Svarade: 10 Hoppade över: 3



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

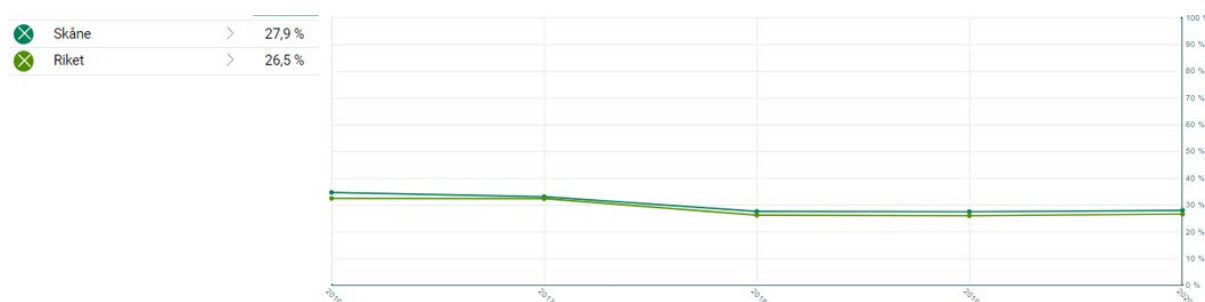
Svarade: 9 Hoppade över: 4



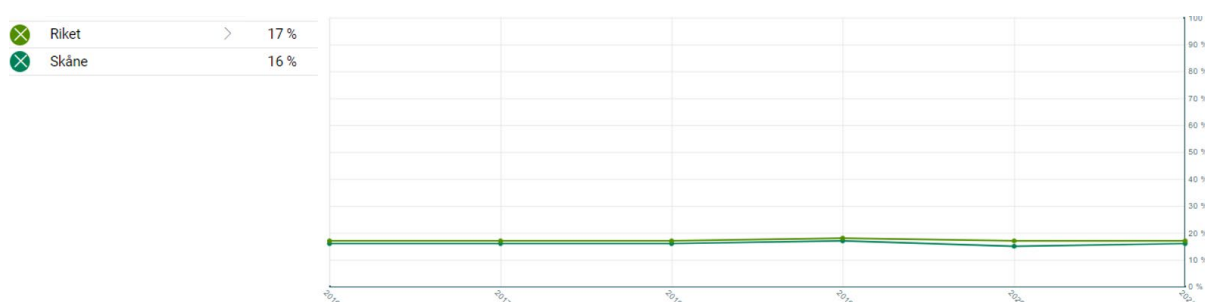
## Bilaga 5 - Uppgifter från Vården i siffror



- 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.

# Sammanställd rapport

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

CAMILLA KARLSSON

2022-08-11

# Innehåll

<b>1. Sammanfattning</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Metod och genomförande</b> .....	<b>2</b>
<b>2.1. Enkät till patientorganisationer</b> .....	<b>3</b>
<b>2.2. Uppdrag och syfte</b> .....	<b>3</b>
<b>2.3. Revisionsfrågor</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Resultat av granskningen</b> .....	<b>4</b>
<b>3.1. Region Skåne och respektive kommuns efterlevnad av Avtalet</b> .....	<b>4</b>
3.1.1. Avtalets delområden.....	4
3.1.2. Sammanställning av iakttagelser och bedömningar.....	5
3.1.2.1. Region Skåne.....	5
3.1.2.2. Burlövs kommun.....	7
3.1.2.3. Helsingborgs stad.....	7
3.1.2.4. Klippans kommun.....	8
3.1.2.5. Kristianstads kommun.....	9
3.1.2.6. Kävlinge kommun.....	9
3.1.2.7. Landskrona kommun.....	10
3.1.2.8. Malmö Stad.....	10
3.1.2.9. Sjöbo kommun.....	11
3.1.2.10. Skurups kommun.....	12
3.1.2.11. Staffanstorps kommun.....	13
3.1.2.12. Svalövs kommun.....	13
3.1.2.13. Svedala kommun.....	14
3.1.2.14. Tomelilla kommun.....	14
3.1.2.15. Trelleborgs kommun.....	15
3.1.2.16. Ystads kommun.....	16
3.1.2.17. Ängelholms kommun.....	16
<b>3.2. Ansvarsfördelningen och kostnadsfördelningen mellan kommunerna och Region Skåne med anledning av Avtalet</b> .....	<b>16</b>
<b>3.3. Region Skånes respektive kommunernas bidrag till en god och ändamålsenlig samverkan kring Avtalet</b> .....	<b>17</b>
<b>3.4. Beslut och åtgärder som regionen och kommunerna vidtagit för att uppnå de mål och syften som anges i Avtalet</b> .....	<b>19</b>
<b>3.5. Effekter som kan påvisas för brukarna och för verksamheten</b> .....	<b>20</b>
<b>3.6. Uppföljning av Avtalet</b> .....	<b>20</b>
<b>3.7. Utvecklingsområden</b> .....	<b>21</b>
<b>3.8. Påverkan av pandemin covid-19</b> .....	<b>22</b>
<b>4. Vår samlade analys</b> .....	<b>22</b>
<b>4.1. Analys av iakttagna brister, utmaningar och hinder</b> .....	<b>22</b>
<b>4.2. Analys av geografiska skillnader</b> .....	<b>23</b>



## 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").

Uppdraget har bestått av två delar. Del 1 gäller 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 omfattar en granskning av om respektive kommun uppnår de mål och syften som anges i Avtalet. Granskningen har redovisats i en separat rapport för varje kommun.

Föreliggande rapport avser en jämförande analys och sammanställning av Region Skånes rapport samt de deltagande kommunernas rapporter.

Av genomförda granskningar i Region Skåne och kommunerna framgår en differentierad bild hur målsättningarna med utvecklingsområden uppnås och hur efterlevnaden i övrigt enligt Avtalet fungerar. Mot bakgrund av genomförd granskning är KomRedo's samlade bedömning att Region Skånes och kommunernas efterlevnad av Avtalet i flera granskade delar inte når upp till de mål och syften som anges i Avtalet.

Uppdraget har utmynnat i ett antal rekommendationer som riktats till ansvariga nämnder i Region Skåne samt i respektive kommun. Rekommendationerna återfinns i respektive granskningsrapport.

## 2. Metod och genomförande

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, semistrukturerade djupintervjuer med berörda personer i Region Skåne och respektive deltagande kommun samt enkäter till patientorganisationer i Skåne.

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 de uppföljningskrav som specificerats i Avtalet.

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

Perioden för genomförandet av revisionsprojekten sträcker sig från februari till april 2022. Granskningsunderlag och jämförelser av data har inriktats på tidsperioden 1 januari 2019 - 31 december 2021.

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, Roger Burström, certifierad kommunal

revisor och delprojektledare för 8 kommuner, Anders Haglund, certifierad kommunal revisor och delprojektledare för 8 kommuner samt Bo Anderson, senior revisor och kvalitetsäkrare.

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

## 2.1. **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. Det gavs dessutom möjlighet till s.k. fria svar.

## 2.2. **Uppdrag och syfte**

Revisorskollegiet har beslutat att genomföra en granskning av Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne. KomRedo AB har fått uppdraget att genomföra granskningar av Region Skåne och Skånes kommuner om dessa uppnår de mål och syften som anges i Avtalet.

Syftet med denna rapport är att den ska ge en sammantagen bild av nuläget i Skåne med en analys av eventuella geografiska skillnader inom länet. Analysen ska belysa vilka brister, utmaningar och hinder som föreligger i kommunerna och i Region Skåne. Rapporten ska ge kommunerna och Region Skåne en möjlighet till jämförelser. Rapporten ska ha fokus på hur kommunerna och Region Skåne samverkar i arbetet inom granskat område samt redovisa vilka gemensamma insatser som görs och vad resultatet av dessa blir.

## 2.3. **Revisionsfrågor**

Granskningarna hade inom ramen för Del 1 och Del 2 följande revisionsfrågor:

- Efterlevs gällande Avtal? Har Region Skåne och respektive kommun 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? Gör en ändamålsenlig uppföljning?

Granskningarna har haft ett brukarperspektiv och tar sikte på om brukaren haft tillgång till en sammanhållen och tillgänglig hälso- och sjukvård och tandvård.

Granskningarna har även tagit sikte på hur efterlevnaden av Avtalet fungerat under covid-19.

### 3. Resultat av granskningen

Nedan sammanfattas den övergripande bedömningen för Region Skåne och respektive deltagande kommun. Våra iakttagelser och bedömningar utgår ifrån vad som framkommit vid genomförda granskningar.

#### 3.1. *Region Skåne och respektive kommuns efterlevnad av Avtalet*

##### 3.1.1. Avtalets delområden

Enligt 26 d § Hälso- och sjukvårdslagen (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.

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 § Socialtjänstlagen (SoL). I den samordnade individuella planen ska alltid anhörig-/närståendeperspektivet beaktas. Den nya lagen, Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 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.

Region Skåne ansvarar för **rehabiliteringsinsatser** i slutna vård 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".

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).

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.

**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.

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.

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.

Region Skåne svarar för att **upsökande tandvård (munhälsa)** 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”.

**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”.

### 3.1.2. Sammanställning av iakttagelser och bedömningar

#### 3.1.2.1. Region Skåne

KomRedo's sammanfattande bedömning är att efterlevnaden av Avtalet i fem av de granskade delområdena av totalt tio, uppvisar brister och efterlevnaden av Avtalet bedöms därmed inte vara ändamålsenligt.

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

Det framgår att följsamheten till Avtalets intentioner under Avtalets första år många gånger var bristfällig men den nya lagstiftningen, 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 helhetsyn 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.

Från flera håll framförs att upprättande av rehabiliteringsplaner är viktigt. Inte minst den stora patientgruppen med stroke behöver mycket rehabilitering efter utskrivning. 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.

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.

Primärvården arbetar i huvudsak med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser (främst rådgivning kring kost/motion och förebyggande av fetma) för personer med psykisk funktionsnedsättning. 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.

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.

Situationen avseende hjälpmedelsfrågor 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.

Primärvården har enligt uppgift god samverkan med ASiH (avancerad sjukvård i hemmet), 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.

Samverkan med kommunerna avseende uppsökande tandvård (munhälsa) uppges vara mycket god och i många fall bättre än med hälso- och sjukvården. Antalet gjorda munhälsobedömningar och nödvändig tandvård följs upp per kommun.

Avtalet uppges avseende kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar delvis vara förlegat eftersom många nya produkter tillkommit. 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.

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

### 3.1.2.2. Burlövs kommun

KomRedo bedömer att efterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Burlövs kommun. Detta gäller främst fem avtalsområden - Läkarmedverkan, Gemensam vårdplanering, Personer med psykisk funktionsnedsättning, Palliativ vård samt Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar men i viss mån även avtalsområdena - Rehabilitering och Habilitering.

Identifierade brister kring läkarmedverkan enligt Avtalet beror på resursbrist hos vårdcentralen samt att de har många hyrläkare. Inga hembesök utförs och inte heller några lokala uppföljningar av avtalet har gjorts.

I Skåne har gemensam processbeskrivning för gemensam vårdplanering tagits fram och, med utgångspunkt från denna, har en Skåneövergripande *Rutin och vägledning för samverkan vid utskrivning från slutenvården* framarbetats. Informationen från slutenvården uppges vara bristfällig när patienter skrivs ut. Slutenvården uppges ha liten förståelse för vilka resurser kommunen har när det gäller material, beställningar med mera. Kommunen uppges behöva ringa vårdavdelningar för att få fram rätt information kring personen som ska komma hem.

Överenskommelsen kring personer med psykisk funktionsnedsättning är relativt ny och implementeringen uppges pågå. Någon uppföljning har ännu inte gjorts. Enligt kommunen finns bristerna främst inom regionen kring den gemensamma vårdplaneringen mellan kommunen och regionens öppenvård.

De brister som finns inom den palliativa vården uppges främst bero på att läkarna från vårdcentralen inte gör hembesök. Brytpunktsamtal och planering fungerar inte tillfredsställande. Ibland uppges kommunen få anlita Falk för akuta åtgärder.

Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar bedöms inte fungera tillfredsställande. Kännedomen om ansvarsfördelningen enligt "Krysslistan"<sup>1</sup> uppges vara dålig inom slutenvården men även inom primärvården. Det uppges bli diskussioner nästan varje gång om vem som har kostnadsansvaret.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Burlövs kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

### 3.1.2.3. Helsingborgs stad

KomRedo bedömer att efterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Helsingborgs stad. Vår bedömning är att vård- och omsorgsnämnden i Helsingborgs stad inte har gjort en tillräcklig uppföljning av Avtalet. Uppföljningsansvaret som anges i flera avtal och överenskommelser (bilagor som ingår i huvudavtalet) har inte genomförts. Vår bedömning är att avtalsefterlevnaden inte är tillfredsställande. Detta gäller främst områdena Gemensam vårdplanering, Habilitering, Personer med psykisk funktionsnedsättning, Egenvård samt Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar.

<sup>1</sup> Kostnadsansvaret för förbruknings- och sjukvårdsartiklar samt vissa tekniska behandlingshjälpmedel är preciserat i en särskild överenskommelse och det finns en krysslista som visar kostnadsansvar per artikel.

Identifierade brister avseende gemensam vårdplanering framhålls främst bero på en dålig kommunikation mellan läkare på vårdcentralerna och i slutenvården vilket medför att problem skapas för kommunen. Särskilt för individer med svårare diagnoser behövs en bättre dialog som också involverar kommunen. Även Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) medverkar i planeringen brister.

Habilitering, i form av specialisthabilitering, uppges av företrädare för verksamheten fungera relativt bra, medan "vardagshabilitering" endast fungerar på ett fåtal vårdcentraler.

Kommunens hemsjukvård får ansvar för patienter med psykisk funktionsnedsättning från slutenvården som är väldigt svårt sjuka. Detta har kommunen inte specialistkompetensen för. Det behövs en bättre samverkan kring dessa patienter. Slutenvården har ansvar för att säkerställa att kunskapen finns hos kommunen. Det finns en lokal överenskommelse mellan kommunen och Region Skåne. Det framhålls att området är mycket personberoende. Ofta sker hänvisning till andra aktörer.

Egenvården är ett komplicerat område och det fungerar bra hos vissa vårdcentraler, men generellt att bilden är spretig. För hemsjukvården skriver primärvårdsläkaren inte så ofta egenvårdsintyg och kommunen upplever att det finns kunskapsbrister hos läkarna.

Avseende kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar har slutenvården börjat rekommendera i stället för att ordinera, för att kostnaderna inte ska hamna på slutenvården. Krysslistan, det vill säga kostnadsfördelningen, behöver uppdateras. Det är viktigt att primärvården tillhandahåller tillräckligt med material så att kommunen har goda förutsättningar att utföra sitt arbete och inte lägga arbetstid på transporter för att hämta material.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande och bedöms därmed inte vara ändamålsenlig. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Helsingborgs stad inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### 3.1.2.4. Klippans kommun

KomRedo bedömer att avtalsefterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Klippans kommun. Detta gäller främst avtalsområdena – Läkarmedverkan och Personer med psykisk funktionsnedsättning.

Läkarmedverkan fungerar bra på särskilda boenden (SÄBO) och kommunen har ett samarbete med Hälsostadens mobila team rörande de mest sjuka. Det har framkommit att vårdcentralerna vill prioritera boende på SÄBO, medan kommun vill att även de som bor i ordinärt boende ska prioriteras. Det uppges att ett mobilt team har startat för ett särskilt boende.

Vi noterar att kommunen framhåller att problemen med läkarmedverkan och läkarkontakt, i hög grad påverkar individperspektivet negativt. Det framhålls också att kunskapen om Avtalet är god inom kommunen och inom vårdcentralerna, dock inte inom slutenvården.

Avseende åtaganden kring personer med psykisk funktionsnedsättning framhålls läkarbristen och gränsdragningsproblem mellan vårdcentral och specialistpsykiatri. Ibland leder detta till att kommunen får hantera de problem för patienten som uppstår. Vid uppföljningen av målet har svårigheter uppmärksamats under året kopplat till olika tillgängligheter hos de olika huvudmännen. Behov av samverkan och samordning av vård har identifierats. Den interna kommunikationen och informationsöverföringen behöver fortsatt optimeras för att lika vård ska mötas. I uppföljningen framgår också att de behöver tydliggöra vad som är kommunal

primärvård. Dessutom framgår av uppföljningen att den externa samverkan har brustit ett flertal gånger som beror på okunskap gällande ansvarsområde, vilka insatser som kan beviljas och utföras eller förväntas utföras av kommunens medarbetare.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Klippans kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### 3.1.2.5. Kristianstads kommun

KomRedo bedömer att avtalsefterlevnaden inte är tillfredsställande i Kristianstads kommun. Detta gäller främst områdena Läkarmedverkan, Egenvård och Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar.

Läkarmedverkan fungerar inte tillfredsställande. Brister framförs om tillgång på och svårigheter att få läkare till hembesök, framför allt i ordinärt boende. Avtalet tolkas olika av kommunen och primärvården, exempelvis inskrivning i mobilt vårdteam. Kommunens bedömning är att läkarmedverkan behövs på plats medan primärvården anser att detta kan ske via telefon. Det finns 11–12 vårdcentraler i kommunen och att dessa fungerar på olika sätt samt att det inte finns någon koordinering mellan dessa. Detta leder till olika tolkningar, exempelvis när inskrivning sker av patienter av mobilt vårdteam.

Avseende egenvården finns brister i kunskap hos både läkare, kommunens sjuksköterskor och biståndshandläggare gällande detta och hur uppföljning av egenvården ska ske.

Det förekommer ofta diskussioner mellan primärvård och slutenvård kring var kostnadsansvaret ska ligga. Diskussionerna om kostnadsfördelningen kan, enligt kommunen innebära att patienten inte kan komma hem tillräckligt snabbt och det kan innebära att frågan inte heller är löst när patienten har kommit hem.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalet målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande och bedöms därmed inte vara ändamålsenlig. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Kristianstads kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### 3.1.2.6. Kävlinge kommun

KomRedo bedömer att efterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Kävlinge kommun. Detta gäller främst tre avtalsområden - Rehabilitering, Personer med psykisk funktionsnedsättning samt Egenvård men i viss mån även avtalsområdena - Gemensam vårdplanering, Habilitering samt Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar.

Det finns brister kring dialogen om rehabiliteringsplaner mellan slutenvård, primärvård och kommunen. Ibland uppges även brister finnas i SVU processen avseende information om behovet av hjälpmedel (från slutenvården). Efterlevnaden av habiliteringsavtalet brister främst för att det tar lång tid att få en kontaktperson. För de som har en kontaktperson uppges verksamheten fungera bra. Kommunen har anställt en MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) under 2021. Ett strategiskt och långsiktigt arbete avses att påbörjas under 2022 med att implementera rollen i sektorn samt att identifiera fokusområde gällande rehabilitering i den kommunala hemsjukvården.

Överenskommelsen avseende åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning är relativt ny och implementeringen pågår. Samverkan uppges fungera bra på ledningsnivå men inte på individnivå i praktiken. Sämst uppges samverkan fungera för ärenden kopplade till



missbruk. Kommunen uppger att både kommunen och regionen har ett ansvar i att det inte fungerar tillfredsställande. Vi konstaterar att någon uppföljning har ännu inte gjorts.

Kunskapen om egenvård uppges vara begränsad inom slutenvård och primärvård. Detta innebär ett merarbete för kommunen då upprepade kontakter måste tas med primärvården för att få riktiga egenvårdsintyg. Kommunen anser att ett större grepp behöver tas kring egenvårdsintyg och att bland annat kommunens koordinatörer behöver vara mer delaktiga i detta.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Kävlings kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### 3.1.2.7. Landskrona kommun

KomRedo bedömer att avtalsefterlevnaden inte är helt tillfredsställande i Landskrona kommun. Särskilt gäller detta område, Rehabilitering. När det gäller rehabilitering förekommer det att parterna gör olika tolkningar av ansvarsförhållandet enligt Avtalet. För Landskronas vidkommande upplevs att brukarna inte får del av specialrehabiliteringen. Ofta faller ärendena mellan stolarna när olika instanser hänvisar till varandra. Följden blir att kommunen ofta får ta hela ansvaret. Ett annat problem som nämns är att rehabiliteringen förväntar sig att brukaren själv ska kunna ta sig dit vården tillhandahålls, det vill säga till Lund, vilket kan vara ett hinder.

Avseende gemensam vårdplanering är brukarnas behov inte alltid tydliggjorda av slutenvården och inte heller alltid från kommunens sida. Skälet uppges bero på de generellt korta vårdtiderna. Detta fungerar sämst inom psykiatrin. Processen behöver starta redan när patienten blir inlagd på sjukhuset. Det framhålls att problemet är frekvent för patienter som hamnar på andra sjukhus än Landskrona lasarett, för att sedan överföras dit. I dessa fall startar processen först när de kommer till Landskrona lasarett och då blir det ofta väldigt bråttom. Det är oftast när en samordnad individuell plan (SIP) ska initieras som problem uppstår. Problemen handlar främst om var SIP lämpligast ska utföras. Det har även framförts att utskrivningsprocessen ofta startar för sent och det gäller främst patienter som har vårdats på lasarettet i Malmö eller Lund.

Enligt kommunen har egenvården under senare tid utvecklats vad avser hjälpmedel och fungerar bra för barn. Följsamheten till Avtalet uppges enligt kommunen vara relativt god. Det framhålls att området är komplicerat och ställer stora krav på den som gör egenvårdsutredningar och kommunen måste bidra med sin kompetens. Kommunen upplever att det inte är några stora problem att få fram egenvårdsbeslut.

Avseende den palliativa vården framför kommunen att verksamheten är ändamålsenlig. Däremot är inte ASiH (avancerad sjukvård i hemmet) tillräckligt dimensionerade och detta medför att kommunen ofta får gå in och täcka det behov som uppstår.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Landskrona kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### 3.1.2.8. Malmö Stad

KomRedo konstaterar att efterlevnaden av avtalsområdena varierar i betydande grad i Malmö stad men vi bedömer att en stor del av avtalsområdena i huvudsak efterlevs tillfredsställande. Inom fyra avtalsområden - Läkarmedverkan, Rehabilitering, Personer med psykisk

funktionsnedsättning och Egenvård bedömer vi att efterlevnaden inte är helt tillfredsställande inom delar av verksamheten. Granskningen visar att detta i stor utsträckning berör verksamhet som ligger under funktionsstödsnämnden.

Variationen i efterlevnad om läkarmedverkan uppges vara stor mellan kommunens vårdcentraler. Bäst uppges läkarmedverkan från MTV (mobilt vårdteam) i ordinärt boende fungera med åtta fasta läkare som enbart arbetar mot kommunen. På särskilt boende ansvarar respektive kontaktvårdcentral för läkarbemanningen. Varje vårdcentral som har ett särskilt boende är skyldiga att ha ett mobilt vårdteam som också göra de akuta hembesöken. Efterlevnaden och engagemang uppges variera i betydande grad mellan vårdcentralerna. Inom funktionsstödsförvaltningen har problem funnits med de privata vårdcentralerna. Ett tiotal av de 40 vårdcentralerna uppges inte vara anslutna till Avtalet för mobilt vårdteam (avser mindre privata hälsocentraler).

Enligt kommunen finns ett behov av att arbeta mer förebyggande. Det finns också behov av bättre information om rehabiliteringsbehov från bland annat psykiatrin men även från den somatiska slutenvården. Avtalets beskrivning av rehabiliteringsansvarets fördelning mellan kommun och region uppfattas vara diffust och ger utrymme för olika tolkningar. Det uppges också att det finns en otydlighet om vem som gör vad och vems ansvaret är. Ett samverkansprojekt kring rehabilitering uppges pågå inom den delregionala samverkansgruppen. Det framförs också att det saknas personella resurser inom rehabiliteringssektionen för att kunna leva upp till Avtalet och möta patienternas behov, bygga upp samarbete och dialog med verksamheterna och Region Skåne osv.

Det finns en hög ambition i Malmö stad att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom vissa delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Malmö stad inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### 3.1.2.9. Sjöbo kommun

KomRedo bedömer att efterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Sjöbo kommun. Detta gäller främst sex avtalsområden - Gemensam vårdplanering, Rehabilitering, Habilitering, Personer med psykisk funktionsnedsättning, Egenvård samt Hjälpmedel men i viss mån även avtalsområdena - Läkarmedverkan, Palliativ vård, Munhälsa, samt Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar.

Avseende läkarmedverkan uppges kommunen att det mobila teamet inte fungerar tillfredsställande. Vårdcentralerna hänvisar till att resurser saknas för att kunna leva upp till Avtalet. Det uppges heller inte finnas någon utsedd hemsjukvårdsläkare. Den lokala uppföljning som ska göras enligt Läkarmedverkanavtalet har inte gjorts. Den uppföljning som gjorts uppges mer bygga på att problem som dyker upp tas upp vid gemensamma möten mellan kommunen och vårdcentralerna och i den delregionala samverkansgruppen.

Det finns stora brister inom den gemensamma vårdplaneringen avseende utskrivningsprocessen från slutenvården. Dessa brister har medfört ökade kommunala kostnader och risker för patientsäkerheten. Kommunen uppges ha påtalat dessa brister flera gånger men fått dålig återkoppling.

Kommunen uppges att den information om patientens behov vid utskrivning som ska anges i Mina Planer inte går att lita på. Kommunen har ett hemtagningsteam bestående av bland annat fysioterapeut och arbetsterapeut som har till uppgift att dagligen följa informationen i Mina Planer för att kunna bedöma vilka insatser och hjälpmedel som behövs när en patient kommer hem. Många gånger uppges att behoven ser annorlunda ut än vad som angivits i Mina

planer. I patientsäkerhetsberättelsen för 2021 anges att kommunen under 2022 planerar att anställa en person som kommer att arbeta med kvalitetsutveckling inom rehabiliteringsområdet. Ergonomi- och förflyttningsutbildning för omvårdnadspersonal har skett under året. Rehabombud uppges ha införts i alla verksamheter för att öka kunskapen kring medicintekniska produkter och rehabilitering hos omvårdnadspersonalen och därmed öka kvalitén och patientsäkerheten i verksamheterna.

Överenskommelsen kring personer med psykisk funktionsnedsättning är relativt ny och implementeringen uppges pågå. Enligt kommunen finns en okunskap inom psykiatrin kring Avtalets ansvarsfördelning och vad som är kommunens ansvar men även brister i kunskap om regelverk och rutiner i utskrivningsprocessen. Någon uppföljning enligt Avtalet har ännu inte gjorts.

Kunskapen om rutinen för egenvård uppfattas vara begränsad inom slutenvård och primärvård och behöver förbättras. Egenvårdsintyg fungerar dåligt, det levereras inte som det ska och det fylls inte i korrekt, detta gäller både slutenvård och primärvård.

Generellt uppfattas hjälpmedelshanteringen fungera bra i kommunen. Problemen berör i huvudsak utskrivningsprocessen om det hjälpmedel som slutenvården rekommenderar inte stämmer med behovet hemma (vilket kan innebära att fel hjälpmedel tas med till patienten vilket kan leda till brister i patientsäkerheten innan byte sker).

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Sjöbo kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

### 3.1.2.10. Skurups kommun

KomRedo bedömer att efterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Skurups kommun. Detta gäller främst tre avtalsområden - Rehabilitering, Personer med psykisk funktionsnedsättning samt Egenvård men i viss mån även avtalsområdena - Gemensam vårdplanering, Rehabilitering, Hjälpmedel, Palliativ vård samt Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar.

Avseende rehabiliteringsprocessen inom slutenvården uppges den ofta gå så fort att kartläggningen av vad patienten behöver när han eller hon kommer hem inte hinns med eller inte blir tillräckligt tydlig. Kommunen uppger att kartläggningen ibland kan ha varit utförd flera dagar innan utskrivning vilket kan medföra att den då blir inaktuell. Ofta stämmer inte det hjälpmedel som sjukhuset rekommenderar med behovet hemma, vilket kan innebära merarbete för kommunen när hjälpmedel måste bytas. Strukturen mellan vårdcentralen och kommunen behöver stärkas ytterligare. En otydlighet finns avseende vem som har tolkningsföreträde kring var rehabiliteringen ska utföras.

Överenskommelsen kring personer med psykisk funktionsnedsättning är relativt ny och implementeringen uppges pågå. För de flesta patienter uppges samverkan fungera väl men för vissa fungerar det sämre. Detta uppges påverka verksamheten negativt. Enligt kommunen finns en okunskap hos psykiatrin av ansvarsfördelning och vad kommunen har rätt att göra. Behovet av individanpassning är stor enligt LSS. Någon uppföljning enligt Avtalet har ännu inte gjorts.

Kunskapen om rutinen för egenvård uppfattas vara begränsad och behöver förbättras. Region Skånes rutin och manual uppges vara välformulerad och tydlig, men den efterföljs inte av de

som ordinerar. Egenvårdsintyg saknas ofta och behöver efterfrågas av de kommunala handläggarna.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande i Skurups kommun. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Skurups kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### 3.1.2.11. Staffanstorps kommun

KomRedo bedömer att efterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Staffanstorps kommun. Detta gäller främst fyra avtalsområden - Personer med psykisk funktionsnedsättning, Egenvård, Palliativ vård samt Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar men i viss mån även avtalsområdena - Rehabilitering, Habilitering, Läkarmedverkan, Hjälpmedel och Munhälsa.

Kommunen uppger att utskrivningsprocessen inte fungerar bra kring psykiskt funktionshindrade då psykiatrin inte använder planeringsverktyget Mina Planer. Kommunen anser att dialogen saknas. Det nya Avtalet är inte implementerat än men problemen uppges ha varit samma tidigare.

Kommunen framhåller att kunskapen om rutinen för egenvård uppfattas vara mycket begränsad inom primärvården och den slutna vården. Primärvården uppges ha mycket dåliga kunskaper i begreppet egenvård och vad som åligger dem vid till exempel ett egenvårdsintyg.

Avseende den palliativa vården uppger kommunen att regionen genom ASiH (avancerad sjukvård i hemmet) försöker övervältra dessa uppgifter på kommunen utanför Avtalet. Särskilda boenden har alltid sjuksköterska på plats och tillgång till ett mobilt team. Den palliativa vården uppges fungera bättre på särskilda boenden än i ordinärt boende. Mobila team genom primärvården fungerar betydligt bättre.

Kommunen uppger att det är ständiga diskussioner om vem som ska betala för förbruknings- och sjukvårdsartiklarna. Den instans som ordinerar måste betala. Enligt kommunen borde det vara läkare som ordinerar och inte försöka överflytta ordinationen till en sjuksköterska bara för att kommunen ska betala.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande i Staffanstorps kommun. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Staffanstorps kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### 3.1.2.12. Svalövs kommun

KomRedo bedömer att avtalsefterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Svalövs kommun. Detta gäller främst Läkarmedverkan, Rehabilitering, Habilitering, Personer med psykisk funktionsnedsättning samt Egenvård.

Avseende läkarmedverkan fungerar den överlag bra, däremot framförs att de mobila teamen inte fungerar. Kommunen saknar också läkarmedverkan på LSS (Lag om stöd och service) gruppbostad.

Det görs olika tolkningar av överenskomna dokument avseende rehabilitering och habilitering. Svalövs kommun har upplevelsen att brukare/patienter inte får del av specialisthabiliteringen. Ärenden hamnar mellan stolarna när olika instanser hänvisar till varandra. Brukaren/patienten förväntas själv ta sig till habiliteringen, vilket försvårar för denna att få relevant vård.

Överenskommelsen kring personer med psykisk funktionsnedsättning brister då det ofta saknas deltagande från psykiatrin vid SIP och deltagandet är allmänt lågt från psykiatrin. Kommunen framför att de inte har några samverkansmöten på någon nivå inom området. Det finns ett behov av kompetensutveckling i kommunen och det behövs en bättre samverkan. Egna beslut "landar" ibland felaktigt.

Det finns en stor förbättringspotential inom överenskommelsen kring egenvård. Det finns en osäkerhet om innebörden i begreppet. Kommunen uppger att det finns en bristande kunskap i egenvård både inom kommunen och regionen, vilket leder till brister i följsamheten.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Svalövs kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

### 3.1.2.13. Svedala kommun

Komredo bedömer att avtalsefterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Svedala kommun. Detta gäller särskilt områdena, Gemensam vårdplanering, Rehabilitering, Habilitering samt Personer med psykisk funktionsnedsättning.

Kommunen arbetar mot tre sjukhus och i relationen till dessa finns problem. De problem som noteras är att sjukhusen ofta ändrar tider för utskrivning vilket skapar svårigheter och ryckighet i kommunens planering. Andra problem som lyfts fram är att läkemedelslistor inte stämmer, Epikris (bedömning i journal) saknas samt att patienter skickas hem med, exempelvis sår utan att detta meddelas. Avvikelse noteras och skickas in från kommunen men de åtgärder som vidtas är bristfälliga. Det framhålls också att det finns en förbättringspotential även hos kommunen. Samverkan med vårdcentralerna fungerar dock bra.

Det är ofta en diskussion om vilken part som ska ta ansvaret för rehabiliteringsinsatser och tröskeln är hög för att komma in på dagrehabilitering. När det gäller habiliteringen framhålls svårigheterna att få kontakt samt att överföring från barn- till vuxenhabilitering har blivit mer komplicerad eftersom en ny utredning måste göras. Färre patienter har kontakt med habiliteringen idag och då ofta under korta perioder. Det krävs egenremiss inför all kontakt med specifik orsak, varför stödet behövs, vilket ibland är svårt att komma fram till och skriva. Det är svårare idag att få stöd som personal.

När det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning och särskilt vuxenpsykiatrin i Trelleborg är det mycket svårt att få direktkontakt med läkare då all kontakt ska gå via fast vårdkontakt. Kommunen framhåller att problemen främst utgörs av svårigheter att få kontakt samt långa väntetider samt ibland svårigheter med LSS patienter att få komma till psykiatrin. Det är ett glapp mellan BUP och vuxenpsykiatrin och ingen samordning.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Svedala kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

### 3.1.2.14. Tomelilla kommun

KomRedo bedömer att efterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Tomelilla kommun. Detta gäller främst fyra avtalsområden - Rehabilitering, Habilitering, Personer med psykisk funktionsnedsättning samt Egenvård men i viss mån även avtalsområdena - Läkarmedverkan, Gemensam vårdplanering, Palliativ vård samt Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar.

Kommunen anser att de sköter sin del av Avtalet men att rehabilitering inom slutenvården ofta inte är påbörjad. Samma sak uppges gälla inom habiliteringsverksamheten fast samverkan där inte är lika vanlig. Kommunen upplever att det inte görs några överenskommelser inom rehabiliteringsområdet. Habiliteringsområdet har inte heller förbättrats eller förändrats i och med Avtalet.

Kommunen framhåller att brister i samverkan och bristen på kunskaper om den gemensamma vårdplaneringen, uppges ha tagits upp i olika samverkansorgan men inte inneburit någon större skillnad. Överenskommelsen är relativt ny och implementeringen uppges pågå. Någon uppföljning har ännu inte gjorts.

Kunskapen om rutinen för egenvård uppfattas vara begränsad och behöver förbättras.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Tomelilla kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

### 3.1.2.15. Trelleborgs kommun

KomRedo bedömer att avtalsefterlevnaden inte är tillfredsställande i Trelleborgs kommun. Det gäller främst områdena, Gemensam vårdplanering, Rehabilitering och Habilitering, Personer med psykisk funktionsnedsättning och Egenvård.

Avseende gemensam vårdplanering uppges kommunens att slutenvården brister i följsamhet till Avtalet. Överföring av information vid utskrivning från den slutna vården fallerar och därmed syftet att säkerställa en trygg och säker vård för patienten efter utskrivning. Noteringar i Mina planer är ofta bristfälligt ifyllda. Förhållandet att slutenvården anger en generell tidpunkt och inte en realistisk sådan för utskrivning skapar problem i kommunen med planering, vilket leder till stor irritation.

Det är en låg efterlevandegrad avseende rehabilitering och habilitering vilket uppges bero på kompetensbrist. Det framförs också att det är ett svagt fokus på rehabilitering och habilitering. Kommunen uppges att det saknas rehabiliteringsplaner från läkare (PAL, dvs patientansvarig läkare) och remisser är otydliga (som ofta saknar syfte). KomRedo noterar att några specifika uppföljningar av avtalen inte ha gjorts.

Det saknas ett lokalt avtal och därmed en tydlig ansvarsfördelning mellan regionen och den kommunala hälso- och sjukvården avseende åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning. Kommunen upplever att detta får negativa återverkningar på samarbetet och försvårar en god samverkan mellan vårdgivarna. Generellt är detta område hårt belastat och kommunen upplever att ingen har, eller tar ett samlat ansvar.

Kommunens och Primärvårdens tolkningar av rutinen för egenvård skiljer sig åt, framför allt i ärenden som rör brukare med personlig assistans. Kommunens uppfattning är att regional rutin för egenvårdsbedömning, verkar vara tämligen okänd inom alla nivåer inom regionen, vilket leder till att specialistmottagning skickar begäran till kommunen utan korrekt ifyllda blanketter osv.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Trelleborgs kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

### 3.1.2.16. Ystads kommun

KomRedo bedömer att efterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Ystads kommun. Detta gäller främst tre avtalsområden - Rehabilitering, Habilitering samt egenvård men i viss mån även avtalsområdena - Gemensam vårdplanering, Läkarmedverkan, Personer med psykisk funktionsnedsättning, Hjälpmedel, Palliativ vård, Munhälsa, samt Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar.

Samverkan kring rehabilitering uppges vara mycket begränsad. Det uppges också vara oklart vem som samverkan ska ske med. Rehabiliteringsverksamheten inom hela Region Skåne uppfattas vara "ganska nedmonterad". Rehabiliteringsplaner uppges förekomma sällan eller aldrig. Habiliteringsverksamhetens omfattning uppges vara liten i kommunen. Avtalet uppges vara omgjort så det bara gäller de äldre i kommunen. De yngre får sin habilitering i regionen.

Kunskapen om rutinen för egenvård uppfattas vara mycket begränsad inom regionen och behöver förbättras.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalet målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor fungerar efterlevnaden inte helt ändamålsenligt. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Ystads kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

### 3.1.2.17. Ängelholms kommun

KomRedo bedömer att avtalsefterlevnaden inte är tillfredsställande i Ängelholms kommun. Detta gäller främst avtalsområdena – Personer med psykisk funktionsnedsättning och Egenvård.

Avseende överenskommelsen om åtgärder kring psykisk funktionsnedsättning är området svårplanerat och det finns olika uppfattningar rörande ansvar och gränsdragning. Detta gäller särskilt vid beroendeproblematik. Vidare anförs att området är komplicerat på grund av att det är många olika aktörer. Svårigheter finns i planeringsstadiet eftersom brukarna i många fall säger nej till att dela information i Mina planer.

Kommunen anser att det är ett generellt problem att man har olika bilder om vad egenvård innebär och att kunskapen är svag, även i den egna organisationen. Vårdcentralerna behöver mer kunskap om egenvårdsföreskrifterna och regional rutin för egenvårdsbedömning. Bedömning görs först på begäran från kommunens HSL-personal eller biståndshandläggare. En helhetsbedömning av egenvård borde göras av ansvarig läkare när behov av stöd avseende exempelvis läkemedel observeras.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Ängelholms kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

## 3.2. ***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 och bedömningar*

Granskningen visar 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.

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. Exempelvis vårdas fler personer i hemmet vilket leder till att kostnaderna i högre grad flyttas över till kommunen. Det framförs att när vården i högre grad bedrivs i hemmet samt att patienter som varit i behov av slutenvård skrivs ut betydligt tidigare har det föranlett att den vård som bedrivs i kommunerna blivit alltmer omfattande och komplex. Det ställer högre krav på kompetens och en högre personaltäthet för att möta den vård och omsorg som den enskilde behöver. Vidare anføres att detta, tillsammans med den omställning som görs enligt Nära vård så bedöms inte kostnadsfördelningen stämma med den vård som det nu ställs krav på att kommunerna ska bedriva.

KomRedo konstaterar att det generellt sett inte finns några underlag, varken hos regionen eller kommunerna som bekräftar att det medfört ökade kostnader för kommunerna på grund av Avtalet. Endast Malmö stad har räknat på sina ökade kostnader som visat att det finns en förskjutning av kostnaderna från Region Skåne till kommunerna<sup>2</sup>.

### *Sammanfattande bedömning*

För att ansvars- och kostnadsfördelningen ska vara ändamålsenlig måste enligt vår bedömning avtalsefterlevnaden bli bättre. KomRedo bedömer att efterlevnaden av Avtalet endast delvis varit ändamålsenlig under den period som granskats, särskilt mot bakgrund av svårigheterna att ta fram data som följer upp kostnaderna.

## **3.3. 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

<sup>2</sup> Enligt uppgift i samarbete med KEFU.



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 och bedömningar*

Det är hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne 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. Även på delregional nivå finns en politisk organisation med tjänstemannastöd från Region Skåne och de berörda kommunerna.

Minnesanteckningar från centrala och delregionala samverkansorganen visar att parterna har deltagit i de forum som utgör samverkanstrukturen. 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. 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.

Endast fem av totalt 16 granskade kommuner uppger att samverkan fungerar bra. Malmö stad uppger att de har flera välfungerade nätverk och samverkansforum och att god samverkan sker med både primärvård och med slutenvården. Det pågår ett arbete med kontaktvårdcentraler för att öka samarbetet ytterligare. Även Ängelholm, Kristianstad, Staffanstorps och Ystad uppger att det generellt finns ett bra samarbetsklimat och att relationerna är goda.

Samverkan i det delregionala samverkansorganet bedöms av Burlövs kommun fungera bra men diskussionerna uppges ofta vara på en övergripande nivå. Flera kommuners företrädare uppger att både Region Skåne och den egna kommunen, i liten utsträckning bidrar till en god och ändamålsenlig samverkan kring Avtalet medan vissa kommuner anser att bristande samverkan i första hand finns inom Regionens ansvarsområden. Det har tagit flera år för exempelvis Helsingborgs stad att ta fram en samverkansrutin och kommunen framhåller att parterna i liten utsträckning bidragit till en ändamålsenlig samverkan kring Avtalet.

Flera kommuner framför att under de senaste två åren har i stort samverkan fokuserats kring pandemifrågor. Både Region Skåne och kommunerna framför att samverkan stärkts under pandemin men att fokus har under dessa år inte legat på Avtalet och dess utveckling.

En stor del av det som tas upp på delregionala samverkansmöten uppges handla om information kring olika projekt och utvecklingsfrågor och inte så mycket om hur de ska komma till rätta med avvikelser i grundavtalet. Det uppges också finnas svårigheter för de mindre kommunerna att driva dessa frågor då det saknas utredningsresurser i stort. I stor utsträckning arbetar de mindre kommunerna som tidigare år och uppger att Avtalet inte haft så stor påverkan på den egna verksamheten. Det finns en efterfrågan på tydligare styrning för att åtgärda bristerna i Avtalet.

I lokalt samverkansforum behandlas lokala, oftast praktiska frågeställningar. Exempelvis uppger Trelleborgs kommun att eftersom mobila vårdteam ännu inte fungerar i kommunen

saknas en grundläggande förutsättning för att kunna utveckla Avtalet. De fem olika vårdcentralerna som Trelleborgs kommun samverkar med har olika arbetssätt vilket utgör ett hinder i det dagliga arbetet. Burlövs kommun uppger att de ofta hamnar i diskussioner om tröskelbegreppet där parterna har olika uppfattningar om vad det innebär. Diskussionen är negativ för samverkan.

Av Avtalet framgår att parterna åtar sig att på varje boende och på det geografiska område som det lokala Avtalet omfattar, en gång per år göra en gemensam rapport över hur de upplever att samverkan fungerar. Efterlevnaden av denna del av Avtalet fungerar generellt inte.

#### *Sammanfattande bedömning*

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 tämligen begränsat antal beslut, speciellt eftersom besluten skiftar mycket mellan de olika delregionala samverkansorganen. De brister som påvisats i uppföljningen av Avtalet innebär också att ändamålsenligheten i samverkan kan ifrågasättas. Någon dokumenterad uppföljning av hur samverkansfora har fungerat saknas generellt.

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.

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

Det är Region Skånes hälso- och sjukvårdsnämnd 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 och bedömningar*

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 måluppfyllelse varit svår att bedöma. Av detta följer att beslut och åtgärder för att uppnå målen inte lätt har kunnat identifieras. De beslut och åtgärder som vidtogs av Region Skånes hälso- och sjukvårdsnämnd 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.

Granskningen visar att det brister i vidtagna åtgärder avseende flera delar i Avtalet hos samtliga granskade kommuner och att ytterligare åtgärder behöver vidtas för att komma till rätta med dessa brister.

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

### **3.5. 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".

#### *lakttagelser och bedömningar*

I Region Skåne och kommunerna 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.

Sammantaget ansåg 7 av 10 svarande 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.

Vi har också analyserat kvalitetsregisterdata och andra utfallsmått som varit möjliga att fånga. 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. 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. 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.

Granskningen visar att det brister i uppföljning av effekter hos brukarna avseende flera delar i Avtalet hos samtliga granskade kommuner och Region Skåne. Mot bakgrund av vad som framkommit 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.

### **3.6. 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 till Avtalet, bland annat vilka indikatorer som ska följas, och när uppföljningen ska ske. Liknande beskrivningar finns för utvecklingsområdena.

#### *lakttagelser och bedömningar*

Någon gemensam, löpande uppföljning har inte kunnat identifieras. Minnesanteckningarna från de delregionala samverkansorganen handlar i mycket liten utsträckning om strukturerad uppföljning.

Granskningen visar också att ansvarig nämnd eller den politiska ledningen i kommunerna generellt inte gjort eller efterfrågat någon uppföljning av Avtalet. Denna brist gäller även ansvariga nämnder i Region Skåne. Om det finns något dokumenterat är det mycket begränsade underlag där samarbetsavtalen eventuellt kommenteras (i huvudsak patientsäkerhetsberättelse och minnesanteckningar från samverkansmöten). Det enda undantaget är Malmö stad vars nämnder i stor utsträckning har följt upp Avtalet, dock ej i samtliga delar.

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

### **3.7. 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”*.

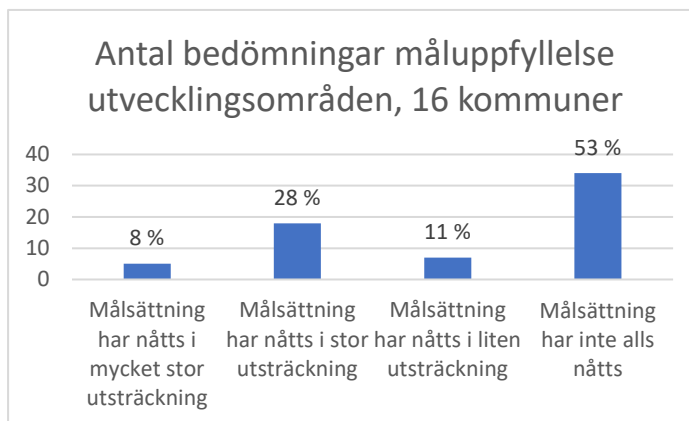
Utvecklingsinsatserna skulle avse:

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

#### *lakttagelser och bedömningar*

Implementeringsgraden på de olika utvecklingsområdena har varit mycket skiftande, både mellan områdena i sig, och geografiskt i hur långt de kommit. Genomförandestrategin att låta delregionerna stå för planering och genomförande har inte varit lyckosam, och har resulterat i såväl generellt långsam genomförandetakt som i stora skillnader i hur planerna är genomförda. Ett av huvudsyftena är jämlik vård och enligt vår bedömning har jämlik vård inte uppfyllts.

Av tabellen framgår en sammanställning av kommunernas bedömning av i vilken utsträckning målsättningarna av Avtalets fyra utvecklingsområden nåtts. Övervägande del (53 %) av målsättningarna har inte nåtts enligt respektive kommuns egen bedömning.



Utifrån genomförd dokumentgranskning är KomRedo's bedömning att måluppfyllelsen är bristfällig avseende denna del av Avtalet, detta gäller såväl Region Skåne som kommunerna.

### 3.8. 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 uppmärksamats vid dokumentgranskningen.

#### *Iakttagelser och bedömningar*

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. 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.

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. Generellt framför kommunerna att pandemin haft en stor påverkan på förutsättningarna för samverkan.

## 4. Vår samlade analys

### 4.1. Analys av iakttagna brister, utmaningar och hinder

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 valfrihetssystem.

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.

## 4.2. *Analys av geografiska skillnader*

Utöver den centrala samverkan har sex delregionala samverkansorgan funnits, som omfattar följande områden: Malmö, Sydväst, Sydost, Nordost, Nordväst, Mellersta. Till varje delregionalt samverkansorgan finns en delregional tjänstemannaberedning. I varje tjänstemannaberedning ingår representanter från Region Skåne.<sup>3</sup>

Granskade kommuner som ingår i *nordöstra* Skåne är Kristianstad (ej Hässleholm, Bromölla, Perstorp, Osby och Östra Göinge). Granskade kommuner som ingår i *nordvästra* Skåne är Ängelholm, Klippan, Svalöv, Helsingborgs stad och Landskrona (ej Båstad, Örkelljunga, Höganäs, Åstorp och Bjuv). Granskade kommuner som ingår i *mellersta* Skåne är Kävlinge, Burlöv och Staffanstorps (ej Lund, Eslöv, Höör, Hörby och Lomma). Granskade kommuner som ingår i *sydöstra* Skåne är Tomelilla, Ystad, Sjöbo och Skurup (ej Simrishamn). Granskade kommuner som ingår i *sydvästra* Skåne är Svedala och Trelleborg (ej Vellinge). Granskad kommun som ingår är även *Malmö stad*.



Ängelholm är den kommun i Nordväst som särskiljer sig gentemot övriga i delregionen. Kommunen uppger att utvecklingen av teambaserad vårdform via mobila team fungerar mycket gott. Dock erbjuder inte alla vårdcentraler inskrivning i mobilt team i enlighet med Avtalet. Det är framför allt samarbetet med Ängelholms sjukhus som fungerar bäst. Exempelvis nämns samarbetet med akuten i Ängelholm gällande hjälpmedel för personer som kan skrivas ut med snabbt insatta insatser från hemtjänsten och hjälpmedel för att undvika inläggning samt förtroendeförskrivning av hjälpmedel via ASiH. Landskrona, Svalöv och Klippans kommuners målsättningar med utvecklingsmålen har inte nåtts eller endast nåtts i liten utsträckning. Eftersom mobilt vårdteam inte införts har inte målsättningen eller avtalsefterlevnaden med detta arbete uppnåtts, därmed kan inte heller målen ha uppnåtts för utvecklingsområdenas utveckling av insatser för tidvis sviktande samt utveckling av arbetsätt och stöd för personer i riskgrupp. Landskrona kommun, Svalövs kommun, Landskrona lasarett och primärvården har även bildat en styrgrupp och ett närsjukvårdsråd. Till sistnämnda finns arbetsgrupper knutna för att arbeta med utvecklingsfrågor. Den organisatoriska strukturen beslutades med anledning av Avtalet. Styrgruppen består av sjukhuschef, primärvårdschef för primärvården Skåne Nordväst, förvaltningscheferna för Vård- och omsorg i respektive kommun samt platschef för psykiatri. Samarbetet bedöms fungera bra och det finns en tradition av goda samverkansformer. KomRedo bedömer att efterlevnaden av Avtalets olika delar är något splittrad inom delregionen Nordväst. Det är främst läkarmedverkan, rehabilitering och habilitering som övervägande har brister. Bilden är ännu starkare hos Helsingborgs stad där samtliga målsättningar inte nåtts på grund av att det inte finns någon bra samverkan mellan kommunen och primärvården samt att efterlevnaden av Avtalet brister. Endast hjälpmedel, palliativ vård och munhälsa bedöms fungera i Helsingborg stad.

<sup>3</sup> Struktur för Vårdsamverkan Skåne, Region Skånes hemsida 2022-07-28

I delregionen Nordost har endast Kristianstad kommun deltagit i granskningen. Kommunen anför att eftersom målet för utvecklingsområde, teambaserad vårdform för de mest sjuka endast i liten utsträckning nåtts, har inte heller målen nåtts för utvecklingsområdena, utveckling av insatser för tidvis sviktande och utveckling av arbetssätt och stöd för personer i riskgrupp. Övriga utvecklingsområden har inte varit prioriterade då fokus legat på teambaserad vårdform. KomRedo bedömer att efterlevnaden av Avtalet bedöms i stort vara ändamålsenlig, om det finns brister uppger kommunen att en stor del av ansvaret för detta ligger på regionen.

I delregionen Sydost har endast Tomelilla kommun två målsättningar för utvecklingsområden som nåtts i stor och i liten utsträckning. Målsättningen för teambaserad vårdform för de mest sjuka bedöms ha nåtts i stor utsträckning. En förutsättning för detta är enligt kommunen en hög tillgänglighet på läkare hos vissa aktörer. Det framgår dock att mobilt team inte används i alla verksamheter. Övriga deltagande kommuner i Sydost är Skurup, Sjöbo och Ystad. Målsättningarna för utvecklingsområdena är svaga i dessa kommuner. KomRedo bedömer att efterlevnaden av Avtalet bedöms generellt sett inte vara ändamålsenlig i de tyngre delarna av Avtalet. Det är främst läkarmedverkan, gemensam vårdplanering, rehabilitering och habilitering, åtagande kring personer med psykiskt funktionshinder och egenvården som brister och i flera delar uppger kommunerna att en stor del av ansvaret för dessa brister ligger på regionen.

I delregion Mellersta är det endast Staffanstorps kommun, jämfört med Kävlinge och Burlövs kommuner, som bedömer att målsättningarna för utvecklingsområden nås i stor utsträckning. Det är endast samorganisering av rehabilitering och hjälpmedel som inte bedöms ha uppnåtts. I Kävlinge och Burlöv är uppnådda målsättningar för utvecklingsområdena liten eller uppnås inte alls. Avseende efterlevnaden av Avtalet är KomRedo's bedömning att den generellt sett inte är ändamålsenlig. Det är främst läkarmedverkan, gemensam vårdplanering, rehabilitering och habilitering, åtagande kring personer med psykiskt funktionshinder, egenvården, palliativa vården samt kostnadsansvaret som brister och i flera delar uppger kommunerna att en stor del av ansvaret för dessa brister ligger på regionen.

I delregionen Sydväst har Svedala och Trelleborg kommun ingått i granskningen. Granskningen visar att samtliga målsättningar för utvecklingsområdena i respektive kommun inte nås, förutom teambaserade vårdformer i Svedala kommun som bedöms nås i stor utsträckning. Kommunen framhåller att utvecklingen har varit positiv, men att området behöver utvecklas vidare. Svedala kommun noterar att det endast finns tillgång till mobilt team på dagtid och det är lång väntetid (4 timmar). KomRedo bedömer att efterlevnaden av Avtalet generellt sett inte är ändamålsenlig i de tyngre delarna av Avtalet. Det är främst läkarmedverkan, gemensam vårdplanering, rehabilitering och habilitering, åtagande kring personer med psykiskt funktionshinder och delvis egenvården som brister.

I delregionen Malmö bedöms målsättningarna med utvecklingsområdena uppnås i stor utsträckning. Etableringen av mobila vårdteam på ett strukturerat sätt inleddes under 2018. Bäst uppges mobilt vårdteam i ordinärt boende fungera med fasta läkare som enbart arbetar mot kommunen. På särskilt boende ansvarar respektive kontaktvårdcentral för läkarbemanningen. Insatser för tidvis sviktande uppges ha funnits före Avtalets tillkomst. Via Vårdsamverkan Skåne, kopplat till handlingsplan för Nära Vård Skåne, har initiativ tagits till partsgemensamma arbetsgrupper kring bland annat detta. Malmö Stad kommer att vara representerade i samtliga grupper. KomRedo bedömer att efterlevnaden av Avtalet inte är ändamålsenlig i de tyngre delarna av Avtalet. Det är främst läkarmedverkan, rehabilitering, åtagande kring personer med psykiskt funktionshinder och egenvården som brister.

### *Bedömning*

I enkätsvar från patient- och brukarorganisationer framkommer att det finns geografiska skillnader som leder till ojämlik vård. Skillnaderna beror på att det finns olika förutsättningar att bedriva vård inom Region Skåne och inom kommunerna.

Av genomförda granskningar i Region Skåne och kommunerna framgår en differentierad bild hur målsättningarna med utvecklingsområden uppnås och hur efterlevnaden i övrigt enligt Avtalet fungerar. Central betydelse för en fungerande samverkan är kring det gemensamma vårdplaneringssystemet Mina planer och att det innehåller rätt information samt att dialogen mellan parterna utvecklas. Det har varit allt för tydligt i genomförda granskningar att kunskapen om Avtalets olika delar har spretat och uppföljningsansvaret som åvilar respektive nämnd har i princip inte blivit genomförd. Risken för övervältring av kostnader på kommunerna är överhängande, vilket också Malmö stad konstaterat i en uppföljning som gjorts i samarbete med KEFU. Det har varit svårt att urskilja några entydiga mönster kring varför det finns skillnader mellan granskningsresultaten från kommunerna i delregionerna. Om det beror på geografiskt avstånd eller hur styrningen för en effektiv vård utövas är svårt för oss att bedöma.

Mot bakgrund av genomförd granskning är KomRedo's samlade bedömning att Region Skånes och kommunernas efterlevnad av Avtalet i flera granskade delar inte når upp till de mål och syften som anges i Avtalet. Viktigt dock att framhålla att parterna på många sätt har bidragit till en ändamålsenlig efterlevnad inom Avtalet, under rådande omständigheter. 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. Uppföljningsansvaret som anges i Avtalet har inte genomförts.

Dag som ovan,

*Camilla Karlsson*

*Certifierad kommunal revisor*