

Roberts, Louise
Louise.Roberts@skane.se

YTTRANDE

Datum 2022-10-10
Ärendenummer 2022-POL000328

1 (9)

Region Skånes revisorer

Yttrande granskning av effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne rapport nr 2 2022 HSN

Revisorskollegiet i Region Skåne har genomfört en granskning av ”Effekter av Avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne”, vanligen refererat till som HS-avtalet. Syftet med granskningen är att bedöma om Region Skåne uppnår de mål och syften som anges i avtalet. Granskningen ska enligt uppdrag ”ha ett brukarperspektiv och 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 fungerat under covid-19”. Granskningsunderlagen har inriktats på tidsperioden 1 januari 2019 - 31 december 2021.

Generellt kan konstateras att granskningen av HS-avtalets effekter genomförts under en otacksam period då i princip allt arbete i hälso- och sjukvården i både Region Skåne och de skånska kommunerna har präglats av pandemin och de extraordinära omständigheter den medförde.

Granskningen redovisas, för respektive delområde, i form av iakttagelser och bedömning. Bedömningarna är ibland svåra att härleda till redovisade iakttagelser vilket, i sin tur, försvårar förståelsen av såväl positiv som negativ kritik och därmed även förståelsen av vilka åtgärder som är lämpliga att vidta och i vilken utsträckning. Bedömningarna uppges vara grundade på ”intervjuer och dokumentation” men resultaten av dessa är sparsamt redovisade.

Revisorernas rekommendation: Efter samråd med primärvårdsnämnden vidta lämpliga åtgärder för att komma till rätta med den bristande efterlevnaden till Avtalet som påvisats i denna granskning.

När det gäller efterlevnaden av HS-avtalet görs bedömningen att den uppvisar brister, och därmed inte bedöms som ändamålsenlig, i fem av de tio granskade delområdena inom avtalets grundöverenskommelse. De fem områden där efterlevnaden bedöms som tillfredsställande är; gemensam vårdplanering, hjälpmedel, palliativ vård, munhälsa samt kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar. De fem områden som bedöms uppvisa brister i efterlevnaden är; läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård, rehabilitering, habilitering,

åtaganden kring patienter med psykisk funktionsnedsättning samt egenvård.

När det gäller **läkarmedverkan i kommunal primärvård** är hälso- och sjukvårdsnämnden medveten om att uppbyggnaden av och inskrivningen i mobilt vårdteam har utvecklats olika i delregionerna, mellan och inom kommunerna. Alla invånare i Skåne som är inskrivna i kommunal primärvård har tillgång till läkarstöd från Region Skåne dygnet runt, oavsett hur långt utvecklingen av mobila vårdteam kommit. För att lyckas med ambitionen om att skapa en tryggare och mer sammanhållen vård för målgruppen som helhet återstår emellertid en del arbete.

Bristande läkarmedverkan i kommunal primärvård är ett nationellt uppmärksammat problem och hälso- och sjukvårdsnämnden är enig om att såväl vård som omsorg behöver förbättras och att målgruppens behov behöver prioriteras. Läkarförsörjningen i primärvården är dock ett problem och antalet specialister i allmänmedicin skulle behöva öka kraftigt för att möta behoven. I Skåne fylls platserna för specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin med råge. Problematiken är inte att besätta platserna, eller ekonomin, utan att utbildningskapaciteten (sidotjänstgöringskapaciteten) är begränsad och därför maximeras antalet platser för specialiseringstjänstgöring efter den möjliga utbildningskapaciteten. För närvarande, 2022, går cirka 470 individer under pågående specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin.

Under 2022 har hälsovalet, via hälso- och sjukvårdsnämnden, förstärkts med närmare 190 miljoner kronor. Förtydliganden, och skärpningar i ”Förfrågningsunderlag för vårdcentral” har efter hälso- och sjukvårdsnämndens beslut genomförts kontinuerligt, bland annat utifrån den i granskningen uppmärksammade ”halvtidsutredningen”. I Region Skåne pågår en genomlysning där all mobil vård kartläggs och utifrån detta ska nya verksamhets- och samverkansmöjligheter identifieras och en tydligare integration av mobil verksamhet i det samlade hälso- och sjukvårdssystemet ske. Genomlysningen ska vara färdigställd 31 oktober 2022. Nyligen presenterades även den statliga utredningen Nästa steg - Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg (SOU 2022:41) som innehåller förslag på ändringar i lagstiftningen som, om de verkställs, innebär en ny modell där regionerna åläggs en annan typ av planering tillsammans med kommunerna samt mer preciserade skyldigheter i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Med tillgång till tydligare kommunala motparter ska gemensam plan för utveckling och utformning av regional och kommunal primärvård årligen tas fram och regionerna får en skyldighet att erbjuda personer med kommunal primärvård möjlighet att välja att lista sig hos en utförare i regional primärvård som har ett exklusivt läkaruppdrag kopplat till kommunal primärvård. I enlighet med den handlingsplan för Nära vård, som tagits fram tillsammans med de skånska kommunerna och godkänts av såväl Centralt politiskt samverkansorgan som hälso- och sjukvårdsnämnden, pågår en översyn av det ramavtal och den modell som tillämpas idag. Förslaget ska presenteras för Centralt Samverkansorgan under hösten 2022.

Beträffande primärvårdsnämndens roll så är den begränsad till de vårdcentraler som bedrivs i egen regi. Av de närmare 170 vårdcentraler som finns i Skåne i dagsläget drivs över hälften i privat regi och där är också 55 procent av befolkningen listad. Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver även samråda i andra fora för att skapa god följsamhet till HS-avtal och andra överenskommelser.

Rehabilitering är ett annat område där efterlevnaden till HS-avtalet inte bedöms som tillfredsställande enligt revisionsrapporten. Enligt redovisade iakttagelser uppges vissa vårdcentraler sakna rehabiliteringspersonal. Hälso- och sjukvårdsnämnden vill betona att det i avtalsvillkoren för alla vårdcentraler i Skåne framgår att vårdcentralen "...ska genomföra rehabiliteringsinsatser. Patienterna ska få bedömning, utredning samt vid behov behandling och rehabilitering utifrån gällande vårdprogram, prioriteringsarbete, riktlinjer eller motsvarande inom ramen för primärvårdsnivån." Detta arbete följs upp av Region Skåne, både via dokumentationssystem och i dialoger med vårdcentralerna. Att i avtalen med leverantörerna inte ställa krav på att vissa yrkeskategorier ska vara anställda i verksamheten är en medveten strategi. Verksamheten ska möta sina patienters behov.

Förbättringsarbeten kopplade till gemensam utveckling inom rehabiliteringsområdet har fått en omstart i samband bildandet av Regional samverkansgrupp rehabilitering hösten 2021. Gruppen har inledningsvis arbetat med att se över hanteringen av ADL-intyg så att dessa kan hanteras på ett klokare sätt. ADL står för "Aktiviteter i Dagliga Livet" och intygen, som kan behövas för beviljande av olika biståndsinsatser, innehåller information om hur en person klarar sin vardag. Regional samverkansgrupp rehabilitering arbetar även med förbättringsarbete knutet till behov av kommunikation avseende rehabiliteringsplanering och hjälpmedelsförsörjning i samband med övergång mellan olika vårdnivåer. Båda arbetena förväntas bidra till bättre samverkan inom rehabiliteringsområdet. Ytterligare ett område som gruppen, i samverkan med Avdelning för hälso- och sjukvårdsstyrnings Enhet för uppdragsstyrning, börjat arbeta med är möjligheten att registrera avvikelser i rehabiliteringsprocessen i gränslandet mellan huvudmän och vårdgivare. Samtliga arbeten förväntas bidra till bättre samverkan inom rehabiliteringsområdet och, vad gäller avvikelshantering, även bättre faktaunderlag. Det pågår också en dialog om att låta Regional samverkansgrupp rehabilitering bli en del av kunskapsstyrningsorganisationen i Skåne genom att ge gruppen status som lokal arbetsgrupp (LAG). Det skulle i så fall bli den första LAGen som bemannas av lika delar regional och kommunal vårdpersonal.

Avseende **habilitering** så ska, enligt den överenskommelse som finns mellan Region Skåne och de skånska kommunerna, alla personer med funktionsnedsättning i Skåne i första hand få stöd och hjälp från exempelvis förskola/skola, primärvård, den kommunala handikappomsorgen eller socialtjänst. Habiliteringen är ett komplement när samhällets basresurser inte räcker till. Det innebär till exempel att habiliteringen kan vara ett komplement

till den ordinarie hälso- och sjukvård som ges av exempelvis barnhälsovård, elevhälsan, vårdcentraler och psykiatri, då det behövs särskild kompetens kring den enskildes funktionsnedsättningar. Ett annat exempel är att habiliteringen bistår när exempelvis förskolan/skolan, särskilda boenden eller dagliga verksamheter behöver konsultation från specialister med särskilda kunskaper utifrån en enskild person med funktionsnedsättning, för att skapa en fungerande situation. Habiliteringens ansvar i detta sammanhang är den ”särskilda kunskapen” kring en enskild persons funktionsnedsättning. I revisionsrapporten noteras att 14 av 16 kommuner anser att habiliteringsverksamheten inte fungerar i enlighet med de avtal/överenskommelser som finns och att ansvaret delvis åvilar regionen. Det framgår dock inte närmare vad det är som inte fungerar eller på vilken grund det bedöms att Region Skånes efterlevnad av avtal/överenskommelse inte är tillfredsställande. Hälso- och sjukvårdsnämnden är införstådd med att det råder bristande kunskap om olika funktionsnedsättningar och dess konsekvenser i det vardagliga livet, liksom att det kan saknas kompetens att möta personerna med funktionsnedsättningar, i såväl kommunala som regionala verksamheter. En viktig del i det fortsatta arbetet, som också ingår i habiliteringsverksamhetens uppdrag, är därför att på olika sätt verka för en högre och bredare kunskapsnivå hos närstående och personal som arbetar med personer med funktionsnedsättning.

Vad gäller Region Skånes **åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning** framgår av revisionsrapporten att ”Primärvården arbetar i huvudsak med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser (främst rådgivning kring kost/motion och förebyggande av fetma) för denna grupp”. Hälso- och sjukvårdsnämnden vill påstå att de även arbetar med utredning och behandling av den här gruppens betydande somatiska översjuklighet.

Psykiatri rapporterar, förutom bemanningsbrist, tämligen få problem i samverkan med kommunerna medan det av revisionsrapportens iakttagelser framgår att 14 av 16 kommuner ”anser att det finns brister i efterlevnaden av Avtalet (HS-avtalet) vad gäller personer med psykisk funktionsnedsättning och att ansvaret till övervägande del åvilar regionen”. Av rapporten framgår dock inte direkt vad dessa brister består i, vilket försvårar hanteringen med att åstadkomma förbättringar. Det enda som anges är att bristerna framför allt beror på att ingen har tagit det övergripande ansvaret för denna del av HS-avtalet. Det finns sedan år 2011 en regional samverkansgrupp för psykiatrifrågor kopplad till samverkansstrukturen Vårdsamverkan Skåne med representation från samtliga delregioner som har till uppgift att stödja det länsgemensamma utvecklingsarbetet, bland annat genom att bereda gemensamma överenskommelser och handlingsplaner, göra uppföljningar samt hantera eventuella tvister kopplade till ramöverenskommelsen som tillhör HS-avtalet. Detta arbete sker kontinuerligt och inga tvister har rapporterats de senaste fyra åren. Regional samverkansgrupp psykiatri har precis tagit fram en länsgemensam handlingsplan som tydliggör i vilken riktning utveckling ska ske. Handlingsplanen väntas främja en mer strukturerad samverkan och bättre uppföljning på Skånenivå. En annan åtgärd som skulle kunna bidra till förbättringar vore att låta frågor kopplade till psykiatri och beroende bli en

stående punkt på Centralt samverkansorgans dagordning. Region Skåne avser att samråda med kommunsidan om huruvida detta är ett gemensamt önskemål.

Det femte område där efterlevnaden till HS-avtalet bedöms som bristfällig är **egenvård**. Av revisionsrapporten framgår att kunskapen om vad egenvård innebär och de möjligheter som regelverken erbjuder upplevs som bristfällig i Region Skåne och det noteras också att det kan finnas ett kommunalt incitament att hälso- och sjukvårdsinsatser bedöms som egenvård. En bedömning om att viss insats kan utföras som egenvård möjliggör att kommunal omsorgspersonal kan bistå den enskilde, istället för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, vilket blir mindre kostsamt för kommunen. Verksamheter i Region Skåne har under senare år beskrivit en ökad efterfrågan på egenvårdsbedömningar. Kommunerna och Region Skåne har gemensamma rutiner för samarbetet gällande egenvård, vilka grundas på Socialstyrelsens föreskrift ”Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård” (SOSFS 2009:6). Då Socialstyrelsen aviserat förändringar gällande föreskriften har Region Skåne och de skånska kommunerna i samråd valt att avvakta med såväl utbildningsinsatser som revidering av de gemensamma rutinerna. Socialstyrelsens översynsarbete av egenvårdsföreskrifterna är dock kraftigt försenat på grund av att pandemin krävt omprioriteringar i arbetet. Området står tillsvidare under bevakning.

Revisorernas rekommendation: 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 närstående perspektiv.

I revisionsrapporten framförs kritik om det finns ”få beslut om åtgärder” dokumenterade och att den åtgärdsplan som togs fram efter de utvärderingar som gjordes i halvtid av HS-avtalets utvecklingsdel tycks ha kommit i skymundan.

När det gäller samverkansstrukturen Vårdsamverkan Skåne så är de olika samverkansgrupperingarna sällan beslutsföra som grupper, det gäller både på tjänstemannanivå och på politisk nivå. Ska beslut fattas måste det göras av respektive huvudman eller, på mer lokal nivå, av respektive berörd verksamhet. Detta hindrar inte att man kan driva utveckling tillsammans. Mjuk styrning kan vara framgångsrik om den sker med tillit och i god samverkan.

Vad gäller åtgärdsplanen kopplad till HS-avtalet som togs fram i samverkan 2019 så har den inte, som revisionsrapportens iakttagelser anger, kommit i skymundan. Kvarstående åtgärder och tillkomna utvecklingsbehov har förts över till ”Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan Skåne 2022–2025”, vilken är en konkretisering av den gemensamt framtagna ”Målbild och handlingsplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan Skåne”. Även om arbetet delvis stannade av under pandemin till följd av omprioriteringar fortsätter det nu framåt. För att öka genomförandekraften har hälso- och sjukvårdsnämnden, efter rekommendation från Central samverkansorgan, beviljat medel för finansiering

av tre tjänster som processledare. Motsvarande satsning görs på kommunsidan. Processledarna ska stödja och samordna de delregionala samverkansytorna i genomförandet av de aktiviteter som anges i Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan Skåne 2022–2025. Processledarna ska bidra till samordnad utveckling i hela Skåne, inom och mellan, olika samverkansnivåer och verksamheter. Processledarna ska även bidra till styrning av det gemensamma arbetet genom att följa upp och kontinuerligt dokumentera aktiviteter och resultat på såväl delregional som regional nivå samt rapportera tillbaka till den centrala samverkansstrukturen. Uppdraget att verka som processledare sträcker sig i första hand från 2022-08-15 till och med 2023-12-31. Under hösten 2023 görs en utvärdering av hittillsvarande arbete och en bedömning av kvarstående behov av stöd i det fortsatta genomförandet. Återrapportering kommer att ske till hälso- och sjukvårdsnämnden på nämndens sammanträde i december 2023. Om behov kvarstår och finansiering tillskjuts i ett andra steg fortsätter processledarna från 2024-01-01 till och med 2024-12-31.

Revisorernas rekommendation: 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.

När HS-avtalet var nytt och arbetet med genomförandet av avtalets utvecklingsdel startade togs anvisningar för inskrivning i mobilt vårdteam fram, det planerades för inskrivningstakt i de 33 kommunerna och det infördes en särskild ersättning till vårdcentral för inskrivning i mobilt team samt för upprättad samordnad individuell plan (SIP) registrerad i Mina planer. Följden blev inte den önskade. Istället visade uppföljningar att vårdcentraler och kommuner plötsligt hade olika många personer inskrivna i mobilt vårdteam och att det fanns ensidigt upprättade SIPar samt en version av SIP kallad ”SIP light”. Bristen på gemensamma verksamhetssystem, och interna system som talade med varandra, skapade oreda. Inskrivning i Mobilt vårdteam har inget egenvärde utan det handlar mer om de kvaliteter som skulle följa av ett förbättrat teamarbete. Istället för att redovisa pinnstatistik månatligen lades större fokus vid dialoger, både lokalt, delregionalt och centralt. En följd därav är att de kriterier för inskrivning i mobilt vårdteam som initialt fanns har tagits bort och det har förtydligats att målgruppen som behöver teamsamverkan och ett kvalitativt och kvantitativt förbättrat läkarstöd utgörs av personer med insatser från kommunal hälso- och sjukvård. En annan frågeställning som varit aktuell under arbetet med HS-avtalets utvecklingsdel rör formuleringarna kring ”mest sjuka” respektive ”tidvis sviktande”. Tidvis sviktande kan förstås vara mest sjuka och mest sjuka kan också svikta tidvis. Sammantaget påverkade gränsdragningsproblematiken prioriteringen av vilka som skulle skrivas in i mobilt vårdteam och när så skulle ske.

För att få en total bild av hur användningen av SIP utvecklas pågår ett gemensamt arbete för att möjliggöra tillgång till digitalt stöd för samtliga aktörer i det skånska

hälsosystemet. Genom att skapa alternativa inloggningsmöjligheter till Mina planer, inloggning via Freja och mobilt SITHS-kort, öppnas nya möjligheter för fler berörda aktörer att delta i de gemensamma planeringsprocesserna. De nya inloggningsmöjligheterna, som beräknas vara på plats våren 2023, väntas öka andelen kommunalt och regionalt finansierade aktörer som använder Mina Planer. Arbetet sker i enlighet med handlingsplan kopplad till gemensam Strategi för Skånegemensam digitalisering område hälsa. Med utgångspunkt från samma handlingsplan arbetas också med frågan om att skapa ökad tillgång till, och användning av, Nationell patientöversikt (NPÖ). NPÖ är en tjänst som möjliggör för olika vårdgivare att, med patients samtycke, få direktåtkomst till varandras journaluppgifter. Alla skånska kommuner är visserligen konsumenter av informationen i NPÖ men det är enbart 7 kommuner som börjat producera egen information. Det är framför allt kommunala verksamheter för barn och unga samt kommunalt finansierade privata aktörer som saknar tillgång till NPÖ. Parallellt planeras informationsinsatser för att göra de skånska verksamheterna medvetna om att informationen finns och det förs dialoger för att ta fram en gemensam minstanivå av informationsmängder för producentskap. Region Skåne driver även frågor för att öka funktionaliteten i NPÖ genom aktivt deltagande i Ineras nationella utvecklingsforum.

Fokus, för att driva samverkansarbetet framåt, ligger nu på genomförande, och uppföljning, av de gemensamma planeringarna för utveckling av Nära vård, handlingsplan för psykisk hälsa och suicidprevention samt handlingsplan för genomförande av Strategi för Skånegemensam digitalisering område hälsa.

Revisorernas rekommendation: Införa en systematisk uppföljning av vilka effekter som åstadkommits 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).

Vad gäller uppföljning i ett patient-/ närståendeperspektiv så är det, enligt hittillsvarande erfarenheter, mycket svårt att genomföra, framförallt om det finns en ambition att knyta uppföljningen till olika typer av samordnade insatser som exempelvis inskrivning i mobilt vårdteam och erhållande av SIP. Varje huvudman, och ibland vårdgivare, har sitt eget sekretessområde och hanteringen av personuppgifter är strikt reglerad via bland annat dataskyddsförordningen. Att i uppföljning kombinera insatser från mer än en huvudman/vårdgivare, eller olika lagrum, och därmed kunna göra tolkning av samlade insatser är känsligt och svårt att få till stånd, inte minst då så många aktörer behöver enas kring tolkningen av lagrum och nytta. Därmed blir dataanalyser ensidiga och mer svårtydda då de inte kan samköras med uppgifter utanför sekretessområdena.

När det gäller möjligheten att använda enkäter har det visat sig att många respondenter kan behöva hjälp med besvarandet. Detta, som liksom vid intervjuer, är en försvårande omständighet i och med att svaren kan påverkas om respondenten är i beroendeställning till den som frågar/hjälper/förmedlar svar.

Faktum är att Region Skåne och de skånska kommunerna enbart har ett gemensamt digitalt kommunikationsverktyg, Mina planer. Verktyget, som stödjer effektiv informationsdelning mellan regionalt- och kommunalt finansierade insatser kring den enskilde, används i dagsläget i första hand för samverkan vid utskrivning (SVU) och vid SIP. Verktyget har även en process för övergång mellan slutet och öppen tvångsvård och kommer inom snar framtid även omfatta ”Information vid akutbesök”. Utveckling av digitalt stöd för fler användningsområden som effektiviserar informationsdelningen mellan vårdaktörer pågår i enlighet med den av Centralt samverkansorgan, hälso- och sjukvårdsnämnden och de skånska kommunerna beslutade ”Handlingsplan för genomförande av Strategi för Skånegemensam digitalisering område hälsa för perioden 2022-2023”. För att förbättra kvalitetsuppföljningen kring användningen av Mina Planer och följsamheten till de bakomliggande gemensamma processerna pågår framtagande av en ny lösning för förbättrat statistikuttag. Den nya gemensamma skånska uppföljningsmodulen, som initialt kopplas till SIP- respektive SVU-processerna, ska vara framtagna och i drift vid utgången av 2025. Modulen kommer att vara tillgänglig för alla HS-avtalets 34 parter.

Revisorernas rekommendation: 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.

Hälso- och sjukvårdsnämnden är av meningen att det pågående arbete som fått en nystart efter pandemins mer akuta fas och de effekter den medfört, genom den ovan nämnda gemensamt framtagna ”Målbild och handlingsplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan Skåne”, skapar goda förutsättningar för omställning. Med tillhörande konkretisering i form av ”Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan Skåne 2022–2025”, tillsättning av processledare som bidra till samordnad utveckling i hela Skåne och mer enhetlig uppföljning och kontinuerlig dokumentation av aktiviteter och resultat, gemensamma målsättningar och planer för såväl psykisk hälsa som digitalisering får arbetet en tydligare riktning med mindre splittring och högre likvärdighet.

Hälso- och sjukvårdsnämnden delar revisionsrapportens bedömning att det behövs en mer välfungerande läkarmedverkan i kommunal primärvård och kommer göra anpassningar när det står klart vad de båda pågående regionala översynerna visar och förändringsförslagen i hälso- och sjukvårdslagstiftningen resulterar i. Alla anpassningar måste dock ske i nära samverkan med Skånes 33 kommuner då dialoger kommer föras inom ramen för Vårdsamverkan Skåne, både central och delregionalt.

Övriga kommentarer

HS-avtalets tredje del beskriver hur samverkan/samarbete mellan Region Skåne och Skånes kommuner avseende hälso- och sjukvård ska organiseras.

Organisationsstrukturen, som går under benämningen Vårdsamverkan Skåne, kan beskrivas som ett avancerat nätverk som i mångt och mycket styrs av gemensam värdegrund, gemensam avsiktsförklaring och den uppgiftsfördelning som beslutats av de 34 huvudmännen. Utifrån hittillsvarande erfarenheter, både positiva och negativa, och med de utmaningar som står för dörren kommer strukturen att behöva anpassas, inte minst för att skapa genomförandekraft. Det förtroende och den tillit som byggts upp under lång tid mellan huvudmännen måste dock värnas.

Gilbert Tribo
Ordförande

Pia Lundbom
Hälso- och sjukvårdsdirektör