

Region Skånes revisorer

## **Granskning av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne**

---

*Juni 2018*

*Capire Consulting*

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>SAMMANFATTNING.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>INLEDNING .....</b>	<b>6</b>
2.1	BAKGRUND OCH SYFTE.....	6
2.2	UPPDRAGET.....	6
2.3	REVISIONSKRITERIER.....	7
2.4	GENOMFÖRANDE .....	7
<b>3</b>	<b>KORT OM AVTALEN MELLAN REGION SKÅNE OCH KOMMUNERNA.....</b>	<b>7</b>
3.1	HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVTALET .....	7
3.2	UTSKRIVNING FRÅN SLUTEN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD .....	9
<b>4</b>	<b>REGION SKÅNES HANTERING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVTALET .....</b>	<b>9</b>
4.1	INLEDNING .....	9
4.2	IMPLEMENTERINGEN AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVTALET – NULÄGE .....	9
4.3	STYRNING, ANSVAR OCH ROLLER.....	11
4.4	REGION SKÅNES INSATSER AVSEENDE AVTALET .....	13
4.5	SAMVERKAN VID UTSKRIVNING FRÅN SLUTEN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD .....	16
4.6	UPPFÖLJNING, EFFEKTER OCH RESULTAT .....	17
<b>5</b>	<b>SAMSPELET MELLAN REGION SKÅNE OCH KOMMUNERNA.....</b>	<b>18</b>
5.1	INLEDNING .....	18
5.2	ANSVARSFÖRDELNINGEN MELLAN KOMMUNEN OCH REGIONEN.....	18
5.3	REGION SKÅNES BIDRAG FÖR IMPLEMENTERING AV AVTALET .....	19
5.4	KOSTNADSFÖRDELNINGEN .....	19
5.5	UPPFÖLJNING AV AVTALETS EFTERLEVNAD I RESPEKTIVE KOMMUN? .....	20
<b>6</b>	<b>SLUTSATSER OCH BEDÖMNINGAR.....</b>	<b>20</b>
6.1	BEDÖMNING AVSEENDE ENSKILDA REVISIONSFRÅGOR .....	20
6.2	SAMLAD BEDÖMNING AV ÖVERGRIPANDE REVISIONSFRÅGA .....	21
6.3	FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG.....	22

# 1 Sammanfattning

## Uppdrag och genomförande

Revisorerna i Region Skåne har uppdragit till Capire Consulting AB att göra en granskning av Region Skånes roll i implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet som träffades mellan Region Skåne och de skånska kommunerna 2016.

Genomförandet av granskningen har skett genom analys av relevanta dokument, statistik samt workshop och djupintervjuer med företrädare för berörda politiska organ och tjänstemannaorganisationer i Region Skåne liksom företrädare för brukarorganisationer och kommuner. Granskningen har genomförts under perioden april till juni 2018.

## Resultat övergripande revisionsfråga

Granskningens övergripande syfte är att bedöma om Region Skåne bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med att stödja kommunerna vid implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet för att skapa förutsättningar för att uppnå de mål och syften som anges i avtalets avsiktsförklaring.

Vår bedömning är att Region Skåne i huvudsak bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med att stödja kommunerna vid implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet för att skapa förutsättningar för att uppnå de mål och syften som anges i avtalets avsiktsförklaring. Vi bedömer vidare att Region Skåne i samverkan med kommunerna har medverkat i att skapa en samarbetsorganisation som ger ansvariga politiska organ god insyn och kontroll över förverkligandet av hälso- och sjukvårdsavtalet. För att Region Skåne ska kunna stå för sin del av åtagandena i avtalet bedömer vi att det behöver göras en grundläggande översyn av primärvårdens förutsättningar att fylla den funktion som hälso- och sjukvårdsavtalet och tillika överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården förutsätter. En sådan översyn behöver inbegripa även akutsjukhusens och annan specialistvårds funktion och roll.

Vår bedömning är dessutom att Region Skånes insatser i anslutning till avtalet inte är fullt systematiska i följande avseenden:

- *Avtalets mål och intentioner* är i allmänhet välkända och väl förankrade såväl inom Region Skåne som i kommunerna. I vissa delar är dock dessa övergripande formulerade och lämnar utrymme för tolkningar. Det finns en diskrepans i förhållningssätt mellan det arbete som sker på central och lokal nivå. För aktörerna på lokal nivå finns en stark koppling mellan hälso- och sjukvårdsavtalet och den överenskommelse som slutits om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Vår bedömning är att det vore fruktbart att se dessa bägge regelverk som en helhet i det samlade samverkansarbetet.
- Region Skånes tydligaste *strategiska åtgärd* för att förverkliga avtalet är förstärkta läkarinsatser i hemsjukvården och införande av vårdformen mobilt vårdteam. Vårdformen ska enligt beslutade målsättningar och villkor vara färdigutvecklad och implementerad till och med år 2020. Vår iakttagelse är att reformen möter betydande implementeringsproblem utifrån primärvårdens brist på personal och olika förutsättningar i kommunerna. Risker finns att Region Skåne inte kommer att kunna leva upp till sina åtagande varken gentemot kommunerna eller de berörda patienterna. Vi bedömer vidare att Region Skåne tydligare bör klargöra sluten- och specialistvårdens strategiska roll i anslutning till avtalet.
- Region Skåne har inom sin organisation en tydlig *ansvarsfördelning* för hälso- och sjukvårdsavtalet på central nivå. Däremot är ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och sjukvårdsnämnderna otydlig. Fördelningen av ansvar, roller och mandat mellan nämnderna och mellan koncern och förvaltningar bör klargöras för ett mer effektivt förverkligande av avtalet. En samverkansorganisation har bildats tillsammans med kommunerna. Organisationen har en stor betydelse för att utveckla samverkan med kommunerna. Främst på delregional nivå finns brister eftersom de delregionala organen inte fullt ut representerar Region Skånes hälso- och sjukvårdsorganisation vilket försvarar eller fördröjer hantering av uppkomna frågeställningar.

- En strukturerad och gemensam *uppföljning* av hälso- och sjukvårdsavtalet genomförs. Den omfattar process, funktion, resultat och ekonomiska konsekvenser. Kompletterande uppföljning bör enligt vår bedömning ske utifrån den konkreta samverkan som sker på lokal nivå. Uppföljningen bör omfatta både hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården.

### **Bedömning avseende enskilda revisionsfrågor**

*Hur bidrar Region Skåne till samverkan med kommunerna för att implementera hälso- och sjukvårdsavtalet?*

Region Skåne bidrar till implementeringen av avtalet genom omfattande medverkan i den gemensamma samarbetsorganisation som har byggts upp. Region Skåne har levt upp till sitt åtagande genom införande av en modell för utökad läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården, så kallade mobila vårdteam. Betydande ansträngningar återstår från Region Skånes sida för att skapa förutsättningar, framförallt i primärvården, att leva upp till åtagandet i praktiken.

*Vilka effekter kan påvisas för patienterna som kan härledas till den nya samverkan och hur följs dessa upp?*

En strukturerad uppföljning av hälso- och sjukvårdsavtalets funktion och resultat är initierad. Enligt denna finns det tecken på att mobilt vårdteam där det har genomförts är positivt för den enskilda patienten och vårdens kvalitet. I dagsläget är det för tidigt att bedöma vilken den samlade effekten blir ur ett patientperspektiv.

*Vilka samhällsekonomiska besparingar kan påvisas i nuläget som ett resultat av samverkan och hur följs dessa upp?*

Hälso- och sjukvårdsavtalets utvecklingsdel baseras på en idé om att åstadkomma en ökad trygghet för patienten i dennes hem och därigenom minska onödiga inläggningar i slutenvården. Slutenvården skulle på detta sätt avlastas och resurser kunna föras ut närmare till patienten. I den kommunala hälso- och sjukvården förväntas bland annat en kvalitets- och kompetenshöjning ske. De samlade ekonomiska effekterna är föremål för gemensam utvärdering från parternas sida. Tillsvidare är det för tidigt i förändringsprocessen att dra slutsatser om vilka resultat som uppnås.

*Hur har kostnadsfördelningen som är hänförliga till hälso- och sjukvårdsavtalet reglerats mellan parterna och hur hanteras dessa i praktiken i Region Skåne?*

Kostnadsfördelningsfrågor som är direktrelaterade till hälso- och sjukvårdsavtalets utvecklings- och utvärderingsplaner regleras i avtalet. De eventuella ekonomiska effekterna för parterna av avtalet är en källa till oro särskilt i kommunerna. I dagsläget är det för tidigt att bedöma hur utvecklingen blir. De ekonomiska konsekvenserna kommer att vara föremål för gemensam utvärdering. Bristande data, särskilt från kommunernas verksamhet, är hot mot att tydliga resultat ska kunna presenteras.

*Är ansvarsfördelningen mellan regionen och kommunerna med anledning av hälso- och sjukvårdsavtalet tydlig och fungerande i praktiken?*

Ansvarsfördelningen mellan Region Skåne och kommunerna är på övergripande nivå tydlig och fungerande. Vår bedömning är att ett ökat förtroende mellan parterna är grundläggande både för att lösa uppkomna tolkningsfrågor och för att i samverkan utveckla hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdsavtalets intentioner.

*Hur följer Region Skåne upp hälso- och sjukvårdsavtalets efterlevnad i respektive kommun?*

Bägge parter efterlevnad av Hälso- och sjukvårdsavtalet har definierats som ett gemensamt ansvar. Basen för uppföljningen finns i den samverkan som sker lokalt. Region Skåne för statistik över etableringen av mobila vårdteam i Skånes kommuner. Vår bedömning är att de erfarenheter som vinnas lokalt både av lösningar och avvikelser är en viktig informationskälla som kan nyttjas mer systematiskt.

## **Förbättringsförslag**

De iakttagelser som gjorts vid granskning föranleder följande förbättringsförslag:

- Fördelningen av ansvar, roller och mandat mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och sjukvårdsnämnderna och mellan koncern och förvaltningar bör klargöras för ett mer effektivt förverkligande av avtalet.
- Primärvårdens förutsättningar att fylla den funktion som hälso- och sjukvårdsavtalet och tillika överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården förutsätter bör ses över.
- Arbetet med genomförandet av hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården bör ses som en helhet och insatser för att stödja en önskvärd utveckling inom dessa områden bör samordnas samt inkludera sluten- och specialistvården.
- Nuvarande planerad uppföljning bör kompletteras med informationsinsamling utifrån den konkreta samverkan som sker på lokal nivå.
- Åtgärder som medverkar till ökat förtroende mellan parterna är angelägna både för att lösa uppkomna tolkningsfrågor och för att i samverkan utveckla hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdsavtalets intentioner.

## 2 Inledning

### 2.1 Bakgrund och syfte

Det nya avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne (fortsättningsvis kallat "hälso- och sjukvårdsavtalet") trädde i kraft 1 september 2016 efter att ha fastställts av Region Skåne och samtliga kommuner i Skåne.

Hälso- och sjukvårdsavtalet innehåller bland annat en utvecklingsplan för gemensam teambaserad hemsjukvård i hela Skåne. Sjuksköterska från kommun och läkare från Region Skåne ska vara tillgängliga dygnet runt på telefon, kunna göra planerade besök inom en vecka och akuta besök inom två timmar. Med hälso- och sjukvårdsavtalet ska kommunerna och Region Skåne också bli bättre på att tillsammans tidigt upptäcka och hjälpa personer som riskerar att utveckla ett långvarigt behov av vård.

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

Region Skåne och tolv av länets kommuner<sup>1</sup> har beslutat att samverka i granskningar av avtalet.

### 2.2 Uppdraget

Granskningarna inkluderar

- en granskning av Region Skånes roll i implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet samt en samlad analys och sammanställning av de deltagande kommunernas rapporter (Grunduppdrag).
- att genomföra granskning i de kommuner som väljer att delta i projektet (Tilläggsuppdrag).

Tilläggsgranskningens syfte är att bedöma om kommunen bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet som skapar förutsättningar för att uppnå de mål och syften som anges i avtalets avsiktsförklaring.

Denna rapport avser *en första del* av grunduppdraget. Den omfattar att granska Region Skånes roll och ska bedöma om Region Skåne bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med att stödja kommunerna vid implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet för att skapa förutsättningar för att uppnå de mål och syften som anges i avtalets avsiktsförklaring.

Förutom denna övergripande fråga ska följande frågor besvaras:

1. Hur bidrar Region Skåne till samverkan med kommunerna för att implementera hälso- och sjukvårdsavtalet?
2. Vilka effekter kan påvisas för patienterna som kan härledas till den nya samverkan och hur följs dessa upp?
3. Vilka samhällsekonomiska besparingar kan påvisas i nuläget som ett resultat av samverkan och hur följs dessa upp?
4. Hur har kostnadsfördelningen som är hänförliga till hälso- och sjukvårdsavtalet reglerats mellan parterna och hur hanteras dessa i praktiken i Region Skåne?
5. Är ansvarsfördelningen mellan regionen och kommunerna med anledning av hälso- och sjukvårdsavtalet tydlig och fungerande i praktiken?
6. Hur följer Region Skåne upp hälso- och sjukvårdsavtalets efterlevnad i respektive kommun?

---

<sup>1</sup>De kommuner som medverkar i granskningen är: Burlövs kommun, Höörs kommun, Klippans kommun, Lunds kommun, Skurups kommun, Svedala kommun, Tomelilla kommun, Trelleborgs kommun, Vellinge kommun, Ystads kommun\*, Åstorps kommun, Örkelljunga kommun. (\* Ystads kommun genomför granskningen i egen regi).

## 2.3 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Följande revisionskriterier har använts i denna granskning:

- Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne (2016-01-19)
- Överenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne län om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017-11-24)
- Kommunallag (2017:725)
- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Patientlag (2014:821)
- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS och SOSFS)
- Socialstyrelsen – ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Samordnade Individuella Planer (SIP) enligt HSL 3f§ och SoL 2 kap 7§
- Interna policys, regler, styrdokument och avtal inom Region Skåne och kommunerna

## 2.4 Genomförande

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, en workshop och intervjuer med förtroendevalda och berörda tjänstemän inom Region Skåne, enskilda kommuner och Kommunförbundet Skåne. Intervjuer har även genomförts med representanter för brukarorganisationer och vårdcentraler. Granskningen har skett parallellt med granskning av hantering av hälso- och sjukvårdsavtalet i elva kommuner. Totalt har intervjuer/workshop i dessa granskningar genomförts med cirka 65 personer.

Granskningen har genomförts av Dag Boman uppdragsledare, Pia Lidwall specialist, Carin Magnusson, specialist och kvalitetsansvarig samt av Mari Månsson specialist. Granskningen är sakgranskad av berörda företrädare för Region Skåne. Kontaktpersoner vid Region Skånes revisorer har varit Lars-Erik Lövdén samt Louise Rehn-Winsborg. Projektledare för granskningen har varit Teodora Heim, certifierad kommunal yrkesrevisor och Eva Tency Nilsson, certifierad kommunal yrkesrevisor, bägge vid Region Skånes revisionskontor. Granskningen har genomförts under perioden april till juni 2018.

# 3 Kort om avtalen mellan Region Skåne och kommunerna

## 3.1 Hälso- och sjukvårdsavtalet

Det nya avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne trädde i kraft 1 september 2016<sup>2</sup>. Från och med den 1 januari 2020 gäller 18 månaders uppsägningstid. Samarbetet har senare kompletterats med ”Överenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne län om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård”. Denna överenskommelse är daterad 2017-11-24. Den senare överenskommelsen har tillkommit med hänsyn till den lagändring som trädde i kraft 1 januari 2018 rörande utskrivning från slutenvården<sup>3</sup>.

### Allmänt om avtalet

Syftet med hälso- och sjukvårdsavtalet 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. Avtalet innebär, förutom grundöverenskommelsen, ett gemensamt

---

<sup>2</sup> Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne, 2016-01-19, Kommunförbundet Skåne och Region Skåne.

<sup>3</sup> (Lag [2017:612] om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård).

utvecklingsåtagande med syftet 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. I hälso- och sjukvårdsavtalet betonas att avtalet förväntas ge bättre möjligheter att möta det ökade vårdbehov som följer av den demografiska utvecklingen.

Avtalet består av ett grundavtal, en utvecklingsplan samt hur samverkan ska organiseras och kostnader fördelas.

#### *Grundavtal*

Grundavtalet reglerar bland annat följande:

- Kommunernas respektive Region Skånes åtagande och hälso- och sjukvårdsansvar
- Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård
- Gemensam vårdplanering
- Rehabilitering och habilitering
- Åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning
- Hjälpmedel samt kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar
- Palliativ vård – Vård i livets slutskede

#### *Utvecklingsplan*

I utvecklingsplanen fokuseras följande områden:

- Utveckling av teambaserad vårdform för de mest sjuka
- Utveckling av insatser och samverkansformer för tidvis sviktande
- Utveckling av arbetssätt och proaktivt stöd till riskgrupper
- Rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning

#### *Gemensam avsiktsförklaring*

De skånska kommunerna och Region Skåne förbinder sig enligt avtalet att bibehålla och vidareutveckla ett förtroendefullt samarbete kring gemensamma patientgrupper. Parterna ska (citater) ”till alla delar leva upp till den ansvarsfördelning och det åtagande som följer av grundöverenskommelsen”. Parterna har också förbundit sig att bedriva ett gemensamt långsiktigt utvecklingsarbete (citater) ”som ska leda till att kvaliteten i hälso- och sjukvårdsinsatserna för personerna i de aktuella målgrupperna höjs samtidigt som resursanvändningen förbättras”.

#### *Organisation*

I organisationsavsnittet beskrivs former för centralt samverkansorgan samt för delregionala samverkansorgan.

#### *Ekonomi*

I hälso- och sjukvårdsavtalet uttrycks att parterna genom att skapa nya gemensamma vårdformer, och samtidigt öka de förebyggande insatserna för riskgrupper, kan effektivisera resursanvändningen och begränsa kostnadsutvecklingen. Utvecklingen förutsätter vidare, enligt avtalet, att ekonomistyrning och ersättningsystem hos parterna utformas så att de stöder syftet med avtalet samt utvecklingen av ett samlat omhändertagande av de mest sjuka.

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 hälso- och sjukvårdsavtalet. Respektive parter ansvarar för att erforderliga resurser och kompetenser finns inom respektive ansvarsområde.

#### *Uppföljning av avtalet*

Måluppfyllelsen av grundöverenskommelsen liksom framsteg och effekter i utvecklingsprocessen ska följas löpande genom en gemensam uppföljningsplan som underlag för årlig utvärdering av utvecklingsarbetet och eventuella nödvändiga korrigeringar. Utvecklingen förutsätter att ekonomistyrning



och ersättningsystem hos parterna utformas så att de stöder syftet med avtalet samt utvecklingen av ett samlat omhändertagande av de mest sjuka.

### **3.2 Utskrivning från slutet hälso- och sjukvård**

Från årsskiftet 2017/2018 gäller en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Denna lag ersätter den tidigare betalningsansvarslagen.

Lagen har som syfte att främja ett både säkrare och snabbare patientflöde. Om inte annat avtalats inträder kommunens betalningsansvar tre dagar efter det att en underrättelse om att patient är utskrivningsklar sänts till berörda parter<sup>4</sup>. Detta gäller såväl somatisk som psykiatrisk vård. Enligt den tidigare betalningsansvarslagen inträffade kommunens betalningsansvar efter fem dagar för somatiska patienter och 30 dagar för patienter som vårdats på psykiatrisk slutenvårdsplats.

Den nya lagen tydliggör samtidigt ett antal krav som huvudmännen ska leva upp till. Bland annat ska, enligt lagen, en fast vårdkontakt för patienten utses i den öppna vården. En samordnad individuell planering ska genomföras för patienter som efter utskrivningen behöver insatser från både landsting och kommun. Detta kommer normalt att inkludera medverkan från primärvård eller annan regionfinansierad öppen vård. Om dessa åtgärder fallerar inträffar inte kommunens betalningsansvar.

Enligt den överenskommelse som träffats mellan Region Skåne och kommunerna kommer, vad beträffar somatiken, perioden från januari till och med mars att utgöra en övergångsperiod. Från och med april och till och med mars 2019 inträder kommunens betalningsansvar när det genomsnittliga antalet dagar i slutet vård efter utskrivningsklar överskrider 2,80 kalenderdagar per kommun under en kalendermånad. En separat överenskommelse om vad som gäller i samband med utskrivning från slutet psykiatrisk hälso- och sjukvård efter 2018-12-31 ska tas fram under våren 2018.

## **4 Region Skånes hantering av hälso- och sjukvårdsavtalet**

### **4.1 Inledning**

I detta avsnitt återfinns en beskrivning av hur Region Skåne övergripande har hanterat hälso- och sjukvårdsavtalet samt hur ansvar och roller inom Region Skåne har fördelats.

I avsnitt 4.6 redogörs även för iakttagelser som gjorts med koppling till revisionsfrågorna:

- ”Vilka effekter kan påvisas för patienterna som kan härledas till den nya samverkan och hur följs dessa upp?”
- ”Vilka samhällsekonomiska besparingar kan påvisas i nuläget som ett resultat av samverkan och hur följs dessa upp?”

Inledningsvis beskrivs kortfattat nuläget vad gäller implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet.

### **4.2 Implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet – nuläge**

#### *Allmänt om avtalet*

Flertalet intervjupersoner menar att målen med hälso- och sjukvårdsavtalet är tydliga och kända. Samtidigt påpekas att avtalet tillkom med fokus på att nå fram till ett avtal där det var centralt att bygga upp en förtroendefull relation till kommunerna. Arbetet med avtalet uppges ha tagit flera år. Avtalet beskrivs inte som optimalt ur Region Skånes perspektiv, exempelvis vad gäller att utveckla vården utanför akutsjukhusen, men (citater) ”det var så långt man kunde komma då”.

---

<sup>4</sup> Om en underrättelse skickas efter klockan 12.00 inträder kommunens betalningsansvar fyra dagar efter att underrättelsen har skickats.

Det finns en stor uppslutning bakom den centrala tanken i avtalet att det är viktigt att patienterna känner en ökad trygghet när de vistas i sina egna hem. Intervjupersonerna pekar vidare på att det är positivt att kunna ge ett bättre omhändertagande till de mest svårt sjuka i hemmet. För den enskilda patienten handlar det om att kunna ge en mer patientcenterad vård och ett värdigt omhändertagande. (Citat) ”Vi hoppas att vi inte behöver se äldre människor åka ut och in – behöver man sjukhusets resurser, så visst, men våra äldre bör få en värdig sjukvård”.

Såsom framgår av kapitel 3 har det nya hälso- och sjukvårdsavtalet strukturerats i ett grundavtal respektive ett utvecklingsavtal.

#### *Grundavtalet*

I grundavtalet definieras parternas ansvar utifrån gällande lagstiftning och överenskommelser som har träffats mellan Region Skåne och kommunerna under årens lopp.

Den modell som gäller för ansvarsfördelningen är den så kallade tröskelprincipen. Denna innebär att om patienten själv eller med hjälp av assistans/ledsagare kan ta sig till av Region Skåne finansierad öppenvård har Region Skåne vårdansvaret. I övriga fall åvilar ansvaret kommunen, undantaget hjälpmedel och habiliteringsområdet som regleras i särskild ordning.

Inom flera områden är ansvarsfördelningen mellan parterna i huvudsak oförändrad efter det nya avtalets ikraftträdande. Det gäller exempelvis åtaganden kring personer med psykisk funktionsnedsättning, habilitering, egenvård, palliativ vård och munhälsa. Andra områden är utpekade som områden som ska utvecklas av parterna gemensamt inom ramen för utvecklingsavtalet. Sådana delar av grundavtalet är bland annat läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård, gemensam vårdplanering, rehabilitering samt hjälpmedel.

#### *Utvecklingsplanen*

Utvecklingsplanen upptar bland annat teambaserad vårdform för de mest sjuka och samverkan för tidvis sviktande. Enligt de beslut som tagits baserat på den samverkan som skett i samverkansorganen har implementering av dessa områden skett genom beslut om att införa mobila vårdteam. För de personer som omfattas av denna vårdform frångås tröskelprincipen efter inskrivning i vårdformen. För de tidvis sviktande personer som blir föremål för tillfälliga insatser frångås tröskelprincipen tillfälligt efter överenskommelse i det enskilda fallet.

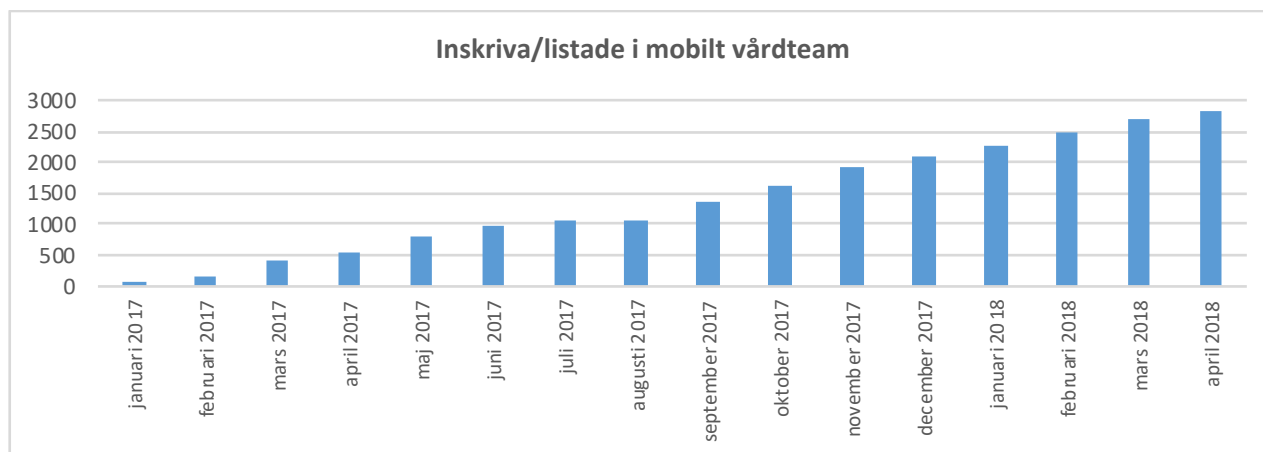
Intentionerna att utveckla proaktivt stöd till riskgrupper samt rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning är under beredning inom ramen för den samverkansstruktur som upprättas mellan Region Skåne och kommunerna.

#### *Statistik om implementeringen*

Implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet följs bland annat genom månatlig statistik från vårdcentralerna om antalet personer som är inskrivna i mobilt vårdteam. Detta område är sedan 2017 integrerat i förfrågningsunderlaget för hälsoavtalet och vårdcentralernas ackrediteringsvillkor.

I april 2018 var sammanlagt 2 823 personer inskrivna i mobilt vårdteam. Beräkningar gör samtidigt gällande att målgruppen som uppfyller uppställda kriterier kan uppgå till drygt 12 000 individer.

Antalet inskrivna personer har ökat kontinuerligt sedan starten av vårdformen. Utvecklingen från januari 2017 till april 2018 framgår i nedanstående diagram.



Vid årsskiftet 2017/2018 fanns enligt uppgifter från Region Skåne 76 vårdcentraler som hade patienter som var inskrivna i mobilt vårdteam. Det kan jämföras med det totala antalet vårdcentraler som är drygt 150. Vid samma tidpunkt fanns det inskrivna patienter från 30 av länets 33 kommuner.

### 4.3 Styrning, ansvar och roller

Det nya hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och Skånes kommuner fastställdes av Regionfullmäktige den 26 april 2016. Regionfullmäktiges beslut var, enligt regionstyrelsens förslag, att fastställa överenskommelsen att gälla från och med 2016-09-01. Regionfullmäktige uppdrog samtidigt åt regionstyrelsen att (citrat) ”säkerställa avtalets genomförande och uppföljning”. I beslutet noteras även att den samverkansorganisation på central- och delregional nivå som tillskapats (citrat) ”ska följa utvecklingsarbetet under avtalsperioden och hantera övriga gemensamma frågor inom hälso- och sjukvården”.

Regionstyrelsen är högst ansvarig för samverkan med kommunerna. Regionstyrelsens ordförande och regiondirektören deltar bland annat på presidienivå respektive direktörsnivå i samverkan med Kommunförbundet Skåne.

Enligt vad som framkommit i granskningen är det i praktiken hälso- och sjukvårdsnämnden som handlagt de frågor som rör implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet. Det är även representanter från hälso- och sjukvårdsnämnden som har bemannat den centrala samverkansorganisationen som tillkommit i anslutning till hälso- och sjukvårdsavtalet.

Utöver den skåneövergripande samverkan har även sex delregionala samverkansorgan inrättats. Dessa omfattar följande områden/kommuner:

- Malmö
- Sydväst (Vellinge, Svedala, Trelleborg)
- Sydost (Simrishamn, Tomelilla, Ystad, Sjöbo, Skurup)
- Nordost (Kristianstad, Hässleholm, Bromölla, Perstorp, Osby, Östra Göinge)
- Nordväst (Båstad, Bjuv, Åstorp, Ängelholm, Örkelljunga, Klippan, Helsingborg, Höganäs, Landskrona, Svalöv)
- Mellersta (Lund, Staffanstorps, Hörby, Höör, Kävlinge, Eslöv, Burlöv, Lomma)

Även på delregional nivå finns en politisk organisation med tjänstemannastöd från Region Skåne och de berörda kommunerna. Politiskt företräds Region Skåne i de delregionala samverkansorganen av förtroendevalda som utsetts bland ledamöter från de tre sjukvårdsnämnderna Kryh, Sund och SUS.

#### Samverkansorgan

Det centrala samverkansorganet, är ett politiskt sammansatt samverkansorgan med representanter från Region Skåne och från de skånska kommunerna. Samverkansorganet är inte beslutande. Det ska bland annat följa och genom olika initiativ stödja implementeringen av avtalet i syfte att skapa

förutsättningar för att uppsatta mål i avtalet uppnås med särskilt fokus på implementering, förvaltning och utveckling. Till uppgifterna hör även att säkerställa att uppföljning och utvärdering sker i enlighet med avtalet, inklusive de ekonomiska konsekvenserna.

Enligt hälso- och sjukvårdsavtalet ska samverkansorganet sammanträda minst sex gånger per år. Beredning av ärenden sker genom en gemensam tjänstemannagrupp med representanter från Region Skåne, Kommunförbundet Skåne och de skånska kommunerna.

De delregionala samverkansorganen ska, enligt avtalet, (citater) *”ha sin tyngdpunkt i arbetet med att uppnå de konkreta målen i hälso- och sjukvårdsavtalet och då med särskilt fokus på genomförande och förankring”*. I avtalet understryks att det delregionala arbetet kan komma att utformas olika utifrån lokala förutsättningar.

I flertalet kommuner finns lokala samverkansgrupper. Det är vanligt att samverkansmöten äger rum en gång i månaden med kommunens medicinskt ansvarige sjuksköterska (MAS) och representanter för offentligt och privat drivna vårdcentraler och verksamhetschefer från kommunen. I flertalet av kommunerna har lokala samarbetsavtal slutits.

#### *Intervjupersoner om styrning ansvar och roller*

Av genomförda intervjuer framkommer att det finns en allmän uppfattning både bland Region Skånes och kommunernas företrädare att den gemensamma organisationen fyller ett viktigt syfte både på central och delregional nivå. Arbetet i de olika grupperingarna beskrivs som levande med informationsutbyte och kontinuerlig hantering av uppkomna frågeställningar och problematik. Företrädare i organen uppges ha ett tillräckligt mandat. Modellen som innebär att Region Skåne företräds av personer från samtliga partier som är representerade i hälso- och sjukvårdsnämnden uppges skapa ett öppet och konstruktivt klimat. (Citat) *”Den största styrkan med avtalet är att det finns och att vi etablerat samverkan på alla nivåer”*.

Inom Region Skåne uppges att det är tydligt att det politiska ansvaret för hälso- och sjukvårdsavtalet finns hos hälso- och sjukvårdsnämnden. Däremot framkommer att det upplevs finnas en otydlighet mellan central och delregional nivå vad gäller Region Skånes företrädare och genomförande av strategier för att implementera avtalet.

Inom koncernkontoret har frågor som rör avtalet en prioriterad ställning och resurser finns avsatta för arbetet i tjänstemannaberedningen till den centrala samverkansorganisationen. Motsvarande resurser på förvaltningsnivå, som sjukvårdsnämndernas företrädare kan repliera på, uppges till delar saknas. Några intervjupersoner menar att det har blivit ett för långt avstånd mellan koncernkontoret och förvaltningarna vad gäller handhavandet av hälso- och sjukvårdsavtalet. Resultatet av detta kan upplevas som ett glapp mellan central och delregional nivå i Region Skånes agerande. I granskningen har det dock framgått att det från koncernkontorets sida gjordes försök att skapa en dialog med förvaltningarnas stabschefer men att de avböjde och ansåg att de inte hade behov av detta. I stället genomförs regelbundna möten om avtalet och utformningen av läkarstödet i hemsjukvården med divisionscheferna för primärvården och Branschrådet för privata vårdgivare.

Från flera av de kommuner som medverkar i granskningen framförs kritik mot att rätt parter från Region Skånes sida inte alltid finns representerade i de delregionala samarbetsorganen. Ibland bottnar problematiken i att exempelvis psykiatri och ASIH tillhör en enda av de tre sjukvårdsförvaltningarna och därför har svårt att medverka i alla sex delregionala samarbeten. När det gäller upphandlad verksamhet såsom vårdcentraler som drivs i privat regi är det hälso- och sjukvårdsnämnden, inte sjukvårdsnämnderna, som är motpart och uppdragsgivare. Hälso- och sjukvårdsnämnden är inte representerad i de delregionala organen, vilket flera kommuner har påtalat som en brist. Många kommuner har även påtalat att företrädare för akutsjukhusen i högre utsträckning bör delta i samarbetet.

## 4.4 Region Skånes insatser avseende avtalet

### 4.4.1 Politiska beslut<sup>5</sup>

I Region Skånes budgetar såväl för 2017 som 2018 har *regionfullmäktige* på förslag från regionstyrelsen beslutat att (citrat) ”*Fortsatt utveckling i enlighet med hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och de skånska kommunerna ska prioriteras*”.

Från *regionstyrelsens* sida finns inga protokollförda beslut avseende hälso- och sjukvårdsavtalet utöver ovan nämnda förslag till beslutstext i Region Skånes budgetar. Beslut om ”*Överenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne län om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård*” togs av regionstyrelsen i december 2017.

*Hälso- och sjukvårdsnämnden* har i augusti 2016 beslutat om modell för läkarstöd till kommunal hälso- och sjukvård. Modellen innebär att läkarstödet till hemsjukvård organiseras inom ramen för Hälsoval Skåne där målsättningarna i det nya hälso- och sjukvårdsavtalet uppnås genom införande av krav på medverkan i *mobilt vårdteam*. Hälso- och sjukvårdsnämnden har även inom ramen för ackrediteringsvillkoren beslutat om ändrade krav på vårdcentralerna vad gäller samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

*Sjukvårdsnämnd Kryh* beslutade i april 2016 om tilläggsuppdrag att utvärdera vilka effekter det föreslagna nya hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och Skånes kommuner har vad gäller frågan om slutenvårdsplatser inom den palliativa vården.

*Sjukvårdsnämnd Sund* genomförde i oktober 2017 ett informationstillfälle om hälso- och sjukvårdsavtalet samt lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

*Sjukvårdsnämnd SUS* beslutade i oktober 2016 i samband med behandling av budget och verksamhetsplan för 2017 att (citrat) ”*Det är av stor vikt att särskilt fokus läggs på att hälso- och sjukvårdsavtalet med de skånska kommunerna ges rätt förutsättningar i budgeten för 2017. Primärvården så väl som öppenvård och slutenvård måste styras så att intentionerna med hälso- och sjukvårdsavtalet får så stort genomslag som möjligt*”. I april 2017 har Sjukvårdsnämnd SUS behandlat frågor om åtgärder för en budget i balans. Här anför nämnden bland annat att det finns stora förbättringsmöjligheter för gruppen äldre och kroniskt sjuka. Samarbetet med kommunerna enligt hälso- och sjukvårdsavtalet anges vara en god grund.

### 4.4.2 Mobilt vårdteam

#### *Uppdrag till vårdcentralerna*

Enligt ackrediteringsvillkoren ska vårdcentralernas läkare tillsammans med kommunens sjuksköterska utgöra *mobilt vårdteam* som ger inskrivna personer ett utökat omhändertagande eller göra punktinsatser till tidvis sviktande personer.

Målet med mobilt vårdteam är att patienten så långt det är möjligt ska vara kvar i sin hemmiljö och få vård och hjälp där för att minska undvikbar sjukhusvård. Primära målgrupperna för mobilt vårdteam är de mest sjuka med behov av kommunal hemsjukvård eller de som har tillfälligt behov av en högre omhändertagandenivå för att minska undvikbar sjukhusvård. Mobilt vårdteam ska erbjuda patienten:

- fast läkarkontakt som arbetar i team med sjuksköterska från kommunen
- SIP som tas fram i samverkan med patient, kommun, eventuellt anhöriga och andra samverkande aktörer
- hembesök vid behov. Vid fullt utbyggd modell (år 2020) inom 2 timmar.
- direktinläggning på sjukhus vid behov

---

<sup>5</sup> Samtliga mötesprotokoll och handlingar under perioden 2016 – april/maj 2018 har granskats.

Patient och/eller ombud ska samtycka till inskrivning i mobilt vårdteam. Inskrivningen ska vara ett gemensamt beslut och genomföras tillsammans mellan kommun och vårdgivare inom Hälsoval Skåne. Inskrivning och planering dokumenteras genom en SIP (samordnad individuell plan). Enligt gällande regler ska fyra av sex fastställda kriterier<sup>6</sup> vara uppfyllda inför inskrivning. SIP ska tillsammans med kommunen alltid ha gjorts innan patienten kan skrivas in till mobilt vårdteam.

Separata ersättningar utgår till vårdcentralerna för insatser inom ramen för mobila vårdteam. Dessa är bland annat ersättning för inskrivning, SIP och hembesök.

#### *Intervjupersoner om mobilt vårdteam*

En betydande problematik återfinns i den personalbrist som råder inom primärvården. Denna gäller inte endast läkare utan även i allt högre grad sjuksköterskor. Detta medför, enligt ett flertal av de personer som intervjuats i granskningen både från Region Skåne och kommunerna, betydande svårigheter att leva upp till hälso- och sjukvårdsavtalet och dess intentioner. Intervjupersoner från Region Skåne lyfter att även kommunerna kan ha svårt att möta upp med personal för hembesök.

Även intervjuade representanter för pensionärsorganisationer ser positivt på en utökad samverkan för en sammanhållen vård. De ser bristen på personal som ett allvarligt hinder för att systemet ska fungera som det är tänkt eftersom kontinuitet och koordination mellan olika personalgrupper är en nyckelfaktor. En central fråga för de äldre är även att kompetensen om hälso- och sjukvård i hemmet är tillräcklig. Enligt de intervjuade finns det stora brister i detta avseende.

Vissa intervjuade personer ser även problem med vårdcentralernas styrsystem och dess effekter för förverkligandet av hälso- och sjukvårdsavtalet. De menar att styr- och ersättningsmodellen gynnar en specifik åtgärd och inte kvalitet utifrån patientens förutsättningar. Fler intervjuade är även inne på att vårdcentralerna i högre grad borde samverka kring sina åtaganden i hemsjukvården. En effektiv hemsjukvård är inte endast en resursfråga utan även en kompetensfråga. (Citat) ”*Alla läkare har inte tillräcklig erfarenhet och kompetens att vårda patienten i sitt eget hem*”. Det har även lyfts fram att de mobila vårdteamen har en inbyggd svaghet vad gäller personalkontinuitet. Det uppges vara svårt att få det att fungera bra i praktiken när team-medlemmarna tenderar att variera från tillfälle till tillfälle.

Det har noterats att vissa sjukhus, däribland Helsingborgs lasarett, börjat engagera sig för att genomföra icke planerade hembesök hos patienter och därmed ersätta motsvarande besök från vårdcentralerna. Detta kan enligt några intervjupersoner ses som ett tecken på att förutsättningarna för att förverkliga hälso- och sjukvårdsavtalet som det ursprungligen var tänkt inte fullt ut existerar. Samtidigt gör intervjupersonerna bedömningen att det i många fall är värdeskapande om sjukhusens specialister kan medverka i arbetet kring de mest sköra patienterna även i deras hem.

Intervjuade kommunala företrädare riktar kritik mot att patienter med psykisk ohälsa inte hanteras på ett enhetligt sätt jämfört med de somatiska patienterna. De lyfter fram att många av de berörda patienterna har flersjuklighet med både somatiska och psykiatriska sjukdomar, men att ett adekvat läkarstöd för sådana patienter saknas. Intervjupersoner från Region Skåne menar att det i avtalet är tydligt att patienterna med psykiatriska sjukdomar ingår i målgruppen för mobilt vårdteam. Däremot har rutinerna för denna målgrupp ännu inte stabiliserats.

### **4.4.3 Övriga vårdområden**

#### *Akuta hembesök av läkare*

Det nya uppdraget till vårdcentralerna har kompletterats genom en upphandling av läkarbilar. Uppdraget utförs av en privat entreprenör. Det omfattar befolkningen i hela Skåne, dygnet runt, alla dagar om året, undantaget patienter inskrivna i mobilt vårdteam utifrån hälso- och sjukvårdsavtalet mellan klockan 08 - 18. Det vill säga endast under jourtid för dessa patienter. Läkarbesök ska genomföras

---

<sup>6</sup> De sex kriterierna är: tre eller fler kroniska diagnoser, inlagd på sjukhus tre gånger eller mer de senaste 12 månaderna, sex eller fler stående läkemedel/mediciner (exklusive ögondroppar, salvor eller motsvarande), patienten klarar inte den personliga omvårdnaden, 75 år eller äldre och erhåller hemsjukvård.

inom fyra timmar, dock senast inom åtta timmar. Vårdformen är en fri nyttjanderätt för vårdcentralerna.

Prioriterade patientgrupper för hembesök av läkare är äldre, multisjuka samt barn som är sjuka och samtidigt har omständigheter som bidrar till behov av hembesök.

Vid genomförda intervjuer har det framförts att den valda modellen med läkarbilar riskerar att skapa incitament för att avstå från att skriva in patienter i mobilt vårdteam. För de inskrivna patienterna ska hembesöken i team ombesörjas av vårdcentral och kommun i samverkan medan för övriga patienter kan läkarbilarna påkallas dygnet runt. Det finns exempel på kommuner som menar att patienterna i praktiken får sämre vård när de skrivs in i mobilt team eftersom vårdcentralen har svårt att hinna med och läkarbilarna inte får användas under dagtid.

#### *Akutsjukhusen*

Enligt vad som framkommit i granskningen har tillsvidare få krav ställts på akutsjukhusen i anledning av hälso- och sjukvårdsavtalet. Ett undantag är att sjukhusen är skyldiga att bereda möjligheter för direktinläggningar av de patienter som är inskrivna i mobilt vårdteam.

Bland intervjupersonerna finns åsikten att slutenvårdens del i avtalet är otydligt. Det gäller exempelvis tydligheten i sjukhusens skyldighet att medverka vid SIP när behov av särskild specialistmedverkan föreligger. Som tidigare har nämnts förekommer det initiativ från akutsjukhusen att genomföra akuta hembesök hos patienter som är inskrivna i mobilt vårdteam. Flera bedömare anser att detta kan vara rationellt eftersom många patienter i den aktuella gruppen är mer kända på sjukhuset än i primärvården.

#### *ASIH*

ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet) gör hembesök både till inskrivna och ej inskrivna i mobilt vårdteam i form av punktsatser. ASIH har inte, enligt vad som framkommit i granskningen, erhållit särskilda direktiv i anledning av hälso- och sjukvårdsavtalet.

#### *Nära vården*

I januari 2018 beslöt hälso- och sjukvårdsnämnden om inriktningen inom och utvecklingen av den *Nära vården* i Region Skåne. Den Nära vården tar sin utgångspunkt i en förändrad behovsbild som ställer krav på nya lösningar inom hälso- och sjukvården. Därför behövs enligt hälso- och sjukvårdsnämnden en utveckling av den Nära vården i enlighet med det hälso- och sjukvårdsavtal som är tecknat med Skånes kommuner.

Projektets övergripande mål är att åstadkomma ett mera samlat system för den nära vården. Projektet inbegriper samtliga enheter i vårdkedjan såväl inom primärvård och slutenvård inklusive de som idag gör hembesök till målgruppen samt kommunerna. Det ska underlätta (citater) ”en övergång från en något splittrad mångfald av aktiviteter och initiativ för målgruppen till en mera samlad modell för den nära vården för de mest sjuka. Det innebär att hemsjukvård, primärvård och sjukhus samverkar runt de mest sjuka för att öka trygghet, kontinuitet, samordning och välbefinnande.”<sup>7</sup>

Ambitionen är enligt vad som framkommit att Nära vården ska integreras med hälso- och sjukvårdsavtalet. Det undersöks för närvarande hur kommunerna kan delta i detta arbete. Projektet ska avrapporteras i december 2019.

Från Region Skånes sida finns även ambitionen att utveckla konceptet ”*Vård utanför sjukhuset*”. Det föreligger enligt vad som framkommit ett gemensamt uppdragsförslag för kommunerna och Region Skåne kring denna inriktning. Detta förslag har ännu inte beslutats.

---

<sup>7</sup> Projektdirektiv, Utveckling av den nära vården i Region Skåne, Regiondirektörens beslut 2017-08-16

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

### Gemensam avsiktsförklaring

Enligt den överenskommelse som slutits mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne län om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård är den gemensamma målsättningen för hela utskrivningsprocessen att en patient, när alla samverkat och tagit sitt ansvar för planering och överlämnande av nödvändig information, skrivs hem samma dag som patienten är utskrivningsklar oavsett vilken boendeform patienten har eller behöver. Patienter ska vara på sjukhus endast när de behöver det av medicinska skäl. Detta innebär att den gemensamma målsättningen är att undvikbar slutenvård och oplanerade återinläggningar ska minska, samt att antalet dagar i slutna vård efter utskrivningsklar ska vara noll år 2021.

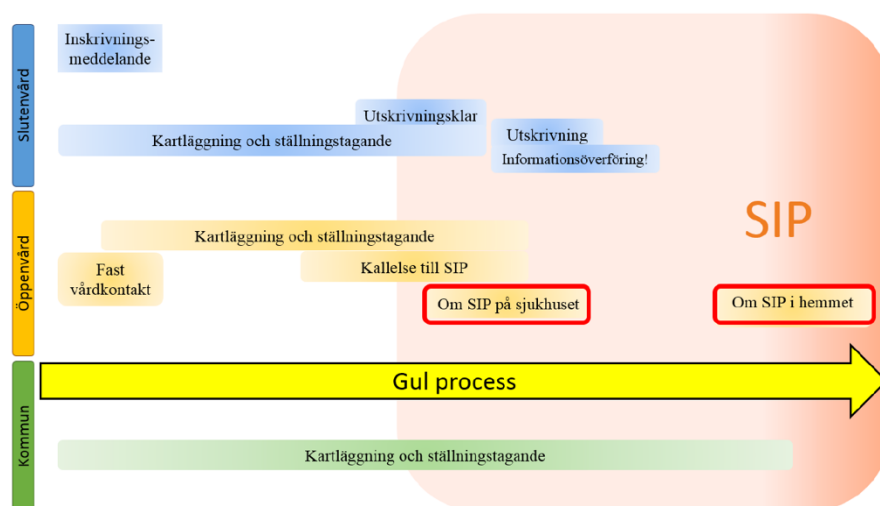
### Rutiner för samverkan vid utskrivning

I anslutning till denna överenskommelse har parterna även låtit utarbeta dokumentet ”Rutin och vägledning för samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård”. I dokumentet har tydliggjorts vilka insatser som ska utföras av vem i fyra planeringsprocesser som har definierats utifrån patientens behov. Nedan anges som ett exempel en illustration en av dessa processer<sup>8</sup>.

I processen tydliggörs aktörernas ansvar. Några element i denna är följande.

På *öppenvården* faller bland annat att som fast vårdkontakt koordinera patientens vård och kalla till samt medverka i SIP.

*Slutenvården* svarar för inskrivningsmeddelande som ger berörda enheterna en signal om att en patient kan komma att behöva insatser och därmed påbörjas enheternas egen planering.



Den slutna vården ska även överföra relevant information så att patienten kan få de insatser som denne behöver från socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården efter utskrivning från den slutna vården.

Om patientens hälsotillstånd försämrats under kartläggningen görs uppehåll och tid för planerad utskrivning revideras vid behov.

Den slutna vården tar ställning till och föreslår, om en SIP bör genomföras och om SIP ska göras under slutenvårdstillfället eller efter utskrivning.

### Intervjupersoner om utskrivning från slutenvården

Lagförslaget om samverkan vid utskrivning från slutenvården offentliggjordes efter att Region Skåne och kommunerna fastställt hälso- och sjukvårdsavtalet. Bland intervjupersonerna finns delade meningar om hur hälso- och sjukvårdsavtalet påverkats av den nya lagen. Vissa menar att det försenat implementeringen av avtalet och att det har skapat konfliktdimensioner mellan kommunerna och Region Skåne. Andra menar att den nya utskrivningsprocessen har katalyserat genomförandet av avtalet framförallt genom att den har förtydligat primärvårdens ansvar och satt fokus på SIP.

<sup>8</sup> Källa: Rutin och vägledning för samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård



Av de intervjuer som har genomförts i granskningen framkommer att aktörerna på lokal nivå – kommunerna och vårdcentralerna – i princip inte gör någon åtskillnad mellan hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Handläggning sker normalt i samma organisation. Detta uppges avspeglas även i de lokala forum som existerar.

Region Skånes företrädare framför att den uppgörelse med kommunerna (se kapitel 5) som träffats är positiv i den aspekten att den ger kommunerna starka incitament att ta hem patienterna så snabbt som möjligt. Däremot har det framkommit att det är komplext att räkna fram vilka ekonomiska krav som Region Skåne ska ställa på kommunerna för utskrivningsklara patienter som inte kunnat skrivas ut. Arbete med tolkningar och definitioner pågår. Kommunerna riktar kritik mot att beskedet om eventuella betalningskrav är försenade.

En särskild överenskommelse rörande psykiatrin ska träda ikraft vid årsskiftet 2018/2019. Parterna har uttryckt olika vilja i denna fråga. Arbetet med denna överenskommelse pågår.

I granskningen har det framgått att kommunerna riktar kraftig kritik mot sjukhusens handläggning av utskrivningar. Den anses av många kommuner ha försämrats jämfört med tidigare ordning, med exempelvis otydligare kontaktvägar. Från kommunernas sida anses också att det uppstår ett glapp i informationsöverföringen vid utskrivning särskilt när SIP ska genomföras i patientens hem. Pensionärsorganisationerna upplever att den uppsnabbade utskrivningsprocessen har kvalitetsbrister bland annat genom att vital information saknas vid övergång till korttidsboende eller hemmet.

Utskrivningsprocessen handläggs genom ett IT-stöd ”Mina planer”. Systemet ådrar sig stark kritik både från vårdcentralerna och kommunerna. Det finns uppgifter om att varje vårdcentral får avsätta en halv till en heltidstjänst för att planera utskrivningar och *SIP:ar*. Även mindre kommuner har behövt tilldela en heltidstjänst eller mer för att hantera och planera SIP och övrig administration i anslutning till utskrivningsprocessen. Kritiken är känd i den centrala samverkansorganisationen som har fattat beslut om att kartlägga alla informationsvägar inom samverkan kring hälso- och sjukvårdsavtalets patienter inför utveckling av de aktuella stödsystemen.

## 4.6 Uppföljning, effekter och resultat

### *Strukturerad uppföljning av hälso- och sjukvårdsavtalet*

Enligt hälso- och sjukvårdsavtalet ska det ske en gemensam uppföljning och utvärdering av avtalets måluppfyllelse och utvecklingsresultat. En uppföljningsplan med definierade indikatorer och preciserade metoder för datainsamling, omfattande nedanstående uppföljningsområden, ska fastställas av centralt samverkansorgan inför varje verksamhetsår.

Inför 2018 har parterna enats om att med stöd av extern utvärderare med koppling till Lunds universitet följa och utvärdera avtalet. Uppföljningen kommer att ske i tre delar:

1. Uppföljning av teambaserad vårdforms etablering och funktion (publicerad)
2. Hälso- och sjukvårdsavtalets kostnadsutveckling (publiceras 2019)
3. Effekter av den teambaserade vårdformens etablering och funktion (publiceras 2020).

Av uppföljningsplanen framgår att parterna bedömer att det finns en avsevärd problematik att få fram den data som erfordras. Det ställer stora krav på både Region Skåne och kommunerna. Det beskrivs som en stor brist att det saknas gemensamma uppföljningssystem för att följa effekterna av satsningarna på individnivå. En svårighet som nämns är även att avgränsa vad som är effekter av hälso- och sjukvårdsavtalet från övrigt förändrings- och utvecklingsarbete.

En första delrapport ”*Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam*” publiceras i april 2018. Om etablering av mobila vårdteam konstaterar rapporten att det finns en stor variation i vilken utsträckning som vårdformen är etablerad i såväl kommuner och primärvård. Vårdformen är etablerad i någon utsträckning vid hälften av Region Skånes vårdcentraler och i hälften av Skånes

kommuner<sup>9</sup>. En geografisk koncentration finns i sydöstra hörnet av Skåne (kommunerna Ystad, Tomelilla och Simrishamn) vad gäller antal inskrivna. Enligt författarna indikerar data om etablering av vårdformen en bristande samsyn mellan primärvård och kommuner.

Exempel på uppföljningens resultat vad avser vårdformens funktion är att de som har erfarenhet av att arbeta i vårdformen tycker att mobilt vårdteam leder till konkreta förbättringar i omhändertagandet av patienten. Vårdformen leder även till att det görs fler och mer ändamålsenliga SIP-ar.

En del av den gemensamma uppföljningen utgörs av en gemensam skyldighet att rapportera avvikelser som uppstår i samarbetet till varandra.

#### *Region Skånes egna uppföljningsinsatser*

De mest konkreta delarna av hälso- och sjukvårdsavtalet – mobilt vårdteam – är kopplade till ackrediteringsvillkoren för vårdcentralerna. Region Skåne genomför därför en månadsvis uppföljning på basis av inrapporterade uppgifter från vårdcentralerna. De konkretiserade insatserna utgör i flera fall underlag för särskilda ersättningar.

I granskningen har det framgått att statistik från denna uppföljning (antal individer som är inskrivna i mobilt vårdteam, antal genomförda SIP och antal hembesök) kontinuerligt rapporteras muntligt till hälso- och sjukvårdsnämnden, sjukvårdsnämnderna samt i samverkansorganisation kring avtalet.

I intervjuer har det framkommit att hanteringen av det nya avtalet liksom utskrivningen av patienter från slutenvården är krävande för vårdcentralerna. (Citat) ”*Det sker en undanträngning av andra insatser, till exempel är vi inte så snabba att svara i telefon. Avtalet är bra för de mest sjuka, men andra målgrupper är inte så glada*”.

## **5 Samspelet mellan Region Skåne och kommunerna**

### **5.1 Inledning**

I detta avsnitt redogörs för iakttagelser för de frågeställningar som rör Region Skånes samspel med kommunen. De revisionsfrågor som är aktuella är:

- *Hur bidrar Region Skåne till samverkan med kommunen för att implementera hälso- och sjukvårdsavtalet?*
- *Hur har kostnadsfördelningen som är hänförliga till hälso- och sjukvårdsavtalet reglerats mellan parterna och hur hanteras dessa i praktiken i Region Skåne?*
- *Är ansvarsfördelningen mellan regionen och kommunerna med anledning av hälso- och sjukvårdsavtalet tydlig och fungerande i praktiken?*
- *Hur följer Region Skåne upp hälso- och sjukvårdsavtalets efterlevnad i respektive kommun?*

### **5.2 Ansvarsfördelningen mellan kommunen och regionen**

I granskningen har det framkommit att grundavtalet, där det inte skett några större förändringar jämfört med tidigare avtal, har fungerat en längre tid. Det finns enligt de intervjuade frågor som återkommer som diskussionsämne. Det rör bland annat tolkningen av fördelning av ansvar enligt ”*tröskelprincipen*”. I takt med att vården förändras är det exempelvis inte alltid självklart hur avtalets skrivning om kommunens ansvar ”*upp till sjuksköterskenivå*” ska tolkas.

Sedan länge förekommer ”diskussioner” om ansvarsfördelning för förbrukningsartiklar där avtalet anses ge dålig vägledning. Exempelvis finns oenighet om vem som ska ta kostnaden för skollunchen för elever med särskilda behov. Området rehabilitering och hjälpmedel bereds för närvarande gemensamt

---

<sup>9</sup> Antalet kommuner med patienter som är inskrivna i vårdformen mobilt vårdteam har ökat sedan uppföljningen genomfördes.

mellan Region Skåne och kommunerna. Många intervjuade anger detta som ett besvärligt område att komma överens om. Det framkommer bland många intervjuade att de anser att det allmänt finns ett förtroendegap mellan parterna som är olycklig och hindrar utveckling av samarbetet.

Det finns samtidigt en stark uppslutning bakom utvecklingsavtalet bland bägge parter. Det anses vara bra att successivt kunna utveckla de olika delarna i samverkan. Intervjupersonerna anser samtidigt att avtalet är författat på en övergripande nivå och ger inte fullständig vägledning. (Citat) ”*Vi upptäcker nu under processen att parterna inte hade samma bild.*” Det uppges vara små, men många knepiga frågor, som måste hanteras.

Den organisation som bildats kring implementeringen av avtalet beskrivs som en nödvändig faktor för att kunna utveckla och konkretisera samverkan. En viktig del av hanteringen av hälso- och sjukvårdsavtalet är de lokala avtal som träffas på kommunnivå.

### **5.3 Region Skånes bidrag för implementering av avtalet**

Enligt grundavtalet ansvarar Region Skåne bland annat för läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården samt stöd och utbildningsinsatser till kommunens personal i patientrelaterad vård. Ett särskilt åtagande för Region Skåne är att utveckla läkarmedverkan i hemsjukvården enligt avtalet rörande teambaserad vårdform för de mest sjuka (se avsnitt 4.6 ovan).

För samtliga delar av utvecklingsdelen av avtalet har parterna formulerat gemensamma genomförandeplaner med tidsatta insatser. Genomförandet ska ske gemensamt inom ramen för samverkansorganisationen. Längst har detta arbete kommit vad avser teambaserad vårdform för de mest sjuka och insatser för tidvis sviktande.

Särskilda frågor hänskjuts till särskilda partssammansatta grupper. Redan inledningsvis tillsattes sådana grupper för kompetensutveckling, uppföljning, rehabiliteringsutredningsuppdraget, beslutsstöd och kommunikation.

Av intervjuer som genomförts såväl med representanter för kommunerna som Region Skåne framgår att den gemensamma samverkansorganisationen har en central betydelse för avtalets implementering. Det betonas att implementeringen är ett gemensamt ansvar.

Gemensamma utbildningar som genomförts har främst rört IT-området. Behov har även identifierats att stärka kunskapsbildningen kring hemsjukvård och team-building. Konkreta beslut om sådana satsningar saknas dock tills vidare.

### **5.4 Kostnadsfördelningen**

Enligt genomförda intervjuer ådrar sig kostnadsfördelningsfrågor tills vidare liten uppmärksamhet inom ramen för samverkan kring hälso- och sjukvårdsavtalet.

I avtalet preciseras att förstärkningen av läkarstödet är Region Skånes ansvar. Ansvaret för att säkerställa den kommunala hemsjukvården och den sociala omsorgen åvilar respektive kommun. Däremot svarar Region Skåne för den rådgivning, det stöd och den fortbildning som inte kan anses ligga inom ramen för den grundläggande kompetensutvecklingen.

Avtalsparterna ansvarar gemensamt för de investeringar i beslutsstöd, kompetensutveckling och stödssystem i övrigt som krävs för den gemensamma utvecklingen, liksom kostnader för gemensam utvärdering.

Kostnadsfördelningen för de frågor som handläggs inom ramen för den gemensamma samverkansorganisationen beslutas från fall till fall. I praktiken strävar parterna efter en jämn fördelning av kostnaderna. Kostnaderna har exempelvis fördelats för IT-utbildning och för den externa utvärdering som genomförs av avtalet. I vissa fall har den ena parten tagit kostnaden för insatser, vilket exempelvis har skett rörande kartläggning av informationsvägar som underlag för utveckling av IT-stödet till avtalet. Region Skåne finansierar denna kartläggning.

De långsiktiga ekonomiska konsekvenserna av det nya arbetssättet är svårbedömda. Enligt avtalet är parterna därför överens om att tillsammans noggrant följa det gemensamma utvecklingsarbetet och de ekonomiska konsekvenserna under avtalsperioden. Uppföljning och utvärdering av de ekonomiska konsekvenserna och det eventuella behovet av åtgärder ska behandlas av det centrala samverkansorganet. Parterna har enligt avtalet påtagit sig att vidta de åtgärder som tydligt motiveras av den ekonomiska uppföljningen och utvärderingen.

I förarbetet till hälso- och sjukvårdsavtalet framgick att kommunerna hade en oro för ökade kostnader i anledning av avtalet. Vid de intervjuer som har genomförts i denna granskning bekräftas att denna oro kvarstår. Däremot framkommer också att kommunerna anser att det är för tidigt att bedöma vilken kostnadsutvecklingen blir och att merkostnaderna tillsvidare är begränsade. Mer konkret oro finns rörande den nya lagstiftningen om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Kommunerna har i flera fall fått avsätta mer personal för vårdplanering/SIP, administration med mera. Vissa kommuner har utökat sin verksamhet med team för trygg Hengång eller liknande arbetsmodeller. Någon samlad bild av kostnadsutvecklingen på kommunsidan saknas tillsvidare.

Företrädare för primärvården uttrycker att deras kostnader stigit. Kostnadsökningen är hänförlig till det utökade läkarstödet för mobila vårdteam, för vilket vårdcentralerna erhåller särskild ersättning inom ramen för ackrediteringsvillkoren för hälsoavtalet. Primärvården uppger även att de har ökade kostnader för att koordinera patienterna efter utskrivning och genomförande av SIP. Budgeten för hälsoavtalet har utökats för att finansiera insatserna inom ramen för mobilt vårdteam. Inga extra medel har tillskjutits med anledning av de nya rutinerna för utskrivning från slutenvården.

## **5.5 Uppföljning av avtalets efterlevnad i respektive kommun?**

Enligt vad som framkommer i avsnitt 4.6 följer Region Skåne månadsvis hur antalet inskrivna i mobilt vårdteam och antal SIP utvecklas för varje vårdcentral. Statistiken redovisas även kommunvis. Källan för denna information är faktureringsunderlagen inom Hälsoavtalet. Även den externa utvärderingen uppmärksammar hur avtalet implementeras i de enskilda kommunerna. Återkoppling av insamlade data sker inom ramen för samverkansorganisationen samt i Region Skånes hälso- och sjukvårdsnämnd och sjukvårdsnämnder.

Ingen annan central uppföljning av kommunernas insatser inom ramen för hälso- och sjukvårdsavtalet sker från Region Skånes sida, enligt vad som framkommit i granskningen.

Den, enligt många intervjupersoner, viktigaste uppföljningen av efterlevnaden av avtalet i respektive kommun sker inom ramen för den samverkan som organiseras lokalt.

## **6 Slutsatser och bedömningar**

### **6.1 Bedömning avseende enskilda revisionsfrågor**

Våra bedömningar avseende de enskilda revisionsfrågorna är följande:

*Hur bidrar Region Skåne till samverkan med kommunerna för att implementera hälso- och sjukvårdsavtalet?*

Region Skåne bidrar till implementeringen av avtalet genom omfattande medverkan i den gemensamma samarbetsorganisation som har byggts upp. Region Skåne har levt upp till sitt åtagande genom införande av en modell för utökad läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården, så kallade mobila vårdteam. Betydande ansträngningar återstår från Region Skånes sida för att skapa förutsättningar, framförallt i primärvården, att leva upp till åtagandet i praktiken.

*Vilka effekter kan påvisas för patienterna som kan härledas till den nya samverkan och hur följs dessa upp?*

En strukturerad uppföljning av hälso- och sjukvårdsavtalets funktion och resultat är initierad. Enligt denna finns det tecken på att mobilt vårdteam där det har genomförts är positivt för den enskilda patienten och vårdens kvalitet. I dagsläget är det för tidigt att bedöma vilken den samlade effekten blir ur ett patientperspektiv.

*Vilka samhällsekonomiska besparingar kan påvisas i nuläget som ett resultat av samverkan och hur följs dessa upp?*

Hälso- och sjukvårdsavtalets utvecklingsdel baseras på en idé om att åstadkomma en ökad trygghet för patienten i dennes hem och därigenom minska onödiga inläggningar i slutenvården. Slutenvården skulle på detta sätt avlastas och resurser kunna föras ut närmare till patienten. I den kommunala hälso- och sjukvården förväntas bland annat en kvalitets- och kompetenshöjning ske. De samlade ekonomiska effekterna är föremål för gemensam utvärdering från parternas sida. Tillsvidare är det för tidigt i förändringsprocessen att dra slutsatser om vilka resultat som uppnås.

*Hur har kostnadsfördelningen som är hänförliga till hälso- och sjukvårdsavtalet reglerats mellan parterna och hur hanteras dessa i praktiken i Region Skåne?*

Kostnadsfördelningsfrågor som är direktrelaterade till hälso- och sjukvårdsavtalets utvecklings- och utvärderingsplaner regleras i avtalet. De eventuella ekonomiska effekterna för parterna av avtalet är en källa till oro särskilt i kommunerna. I dagsläget är det för tidigt att bedöma hur utvecklingen blir. De ekonomiska konsekvenserna kommer att vara föremål för gemensam utvärdering. Bristande data, särskilt från kommunernas verksamhet, är hot mot att tydliga resultat ska kunna presenteras.

*Är ansvarsfördelningen mellan regionen och kommunerna med anledning av hälso- och sjukvårdsavtalet tydlig och fungerande i praktiken?*

Ansvarsfördelningen mellan Region Skåne och kommunerna är på övergripande nivå tydlig och fungerande. Vår bedömning är att ett ökat förtroende mellan parterna är grundläggande både för att lösa uppkomna tolkningsfrågor och för att i samverkan utveckla hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdsavtalets intentioner.

*Hur följer Region Skåne upp hälso- och sjukvårdsavtalets efterlevnad i respektive kommun?*

Bägge parter efterlevnad av Hälso- och sjukvårdsavtalet har definierats som ett gemensamt ansvar. Basen för uppföljningen finns i den samverkan som sker lokalt. Region Skåne för statistik över etableringen av mobila vårdteam i Skånes kommuner. Vår bedömning är att de erfarenheter som vinnas lokalt både av lösningar och avvikelser är en viktig informationskälla som kan nyttjas mer systematiskt.

## **6.2 Samlad bedömning av övergripande revisionsfråga**

Granskningens övergripande syfte är att bedöma om Region Skåne bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med att stödja kommunerna vid implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet för att skapa förutsättningar för att uppnå de mål och syften som anges i avtalets avsiktsförklaring.

Vår bedömning är att Region Skåne i huvudsak bedriver ett effektivt och ändamålsenligt arbete med att stödja kommunerna vid implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet för att skapa förutsättningar för att uppnå de mål och syften som anges i avtalets avsiktsförklaring. Vi bedömer vidare att Region Skåne i samverkan med kommunerna har medverkat i att skapa en samarbetsorganisation som ger ansvariga politiska organ god insyn och kontroll över förverkligandet av hälso- och sjukvårdsavtalet. För att Region Skåne ska kunna stå för sin del av åtagandena i avtalet bedömer vi att det behöver göras en grundläggande översyn av primärvårdens förutsättningar att fylla den funktion som hälso- och sjukvårdsavtalet och tillika överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården förutsätter. En sådan översyn behöver inbegripa även akutsjukhusens och annan specialistvårds funktion och roll.

Vår bedömning är dessutom att Region Skånes insatser i anslutning till avtalet inte är fullt systematiska i följande avseenden:

- *Avtalets mål och intentioner* är i allmänhet välkända och väl förankrade såväl inom Region Skåne som i kommunerna. I vissa delar är dock dessa övergripande formulerade och lämnar utrymme för tolkningar. Det finns en diskrepans i förhållningssätt mellan det arbete som sker på central och lokal nivå. För aktörerna på lokal nivå finns en stark koppling mellan hälso- och sjukvårdsavtalet och den överenskommelse som slutits om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Vår bedömning är att det vore fruktbart att se dessa bägge regelverk som en helhet i det samlade samverkansarbetet.
- Region Skånes tydligaste *strategiska åtgärd* för att förverkliga avtalet är förstärkta läkarinsatser i hemsjukvården och införande av vårdformen mobilt vårdteam. Vårdformen ska enligt beslutade målsättningar och villkor vara färdigutvecklad och implementerad till och med år 2020. Vår iakttagelse är att reformen möter betydande implementeringsproblem utifrån primärvårdens brist på personal och olika förutsättningar i kommunerna. Risker finns att Region Skåne inte kommer att kunna leva upp till sina åtagande varken gentemot kommunerna eller de berörda patienterna. Vi bedömer vidare att Region Skåne tydligare bör klargöra sluten- och specialistvårdens strategiska roll i anslutning till avtalet.
- Region Skåne har inom sin organisation en tydlig *ansvarsfördelning* för hälso- och sjukvårdsavtalet på central nivå. Däremot är ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och sjukvårdsnämnderna otydlig. Fördelningen av ansvar, roller och mandat mellan nämnderna och mellan koncern och förvaltningar bör klargöras för ett mer effektivt förverkligande av avtalet. En samverkansorganisation har bildats tillsammans med kommunerna. Organisationen har en stor betydelse för att utveckla samverkan med kommunerna. Framst på delregional nivå finns brister eftersom de delregionala organen inte fullt ut representerar Region Skånes hälso- och sjukvårdsorganisation vilket försvårar eller fördröjer hantering av uppkomna frågeställningar.
- En strukturerad och gemensam *uppföljning* av hälso- och sjukvårdsavtalet genomförs. Den omfattar process, funktion, resultat och ekonomiska konsekvenser. Kompletterande uppföljning bör enligt vår bedömning ske utifrån den konkreta samverkan som sker på lokal nivå. Uppföljningen bör omfatta både hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården.

### 6.3 Förbättringsförslag

De iakttagelser som gjorts vid granskning föranleder följande förbättringsförslag:

- Fördelningen av ansvar, roller och mandat mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och sjukvårdsnämnderna och mellan koncern och förvaltningar bör klargöras för ett mer effektivt förverkligande av avtalet.
- Primärvårdens förutsättningar att fylla den funktion som hälso- och sjukvårdsavtalet och tillika överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården förutsätter bör ses över.
- Arbetet med genomförandet av hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården bör ses som en helhet och insatser för att stödja en önskvärd utveckling inom dessa områden bör samordnas samt inkludera sluten- och specialistvården.
- Nuvarande planerad uppföljning bör kompletteras med informationsinsamling utifrån den konkreta samverkan som sker på lokal nivå.
- Åtgärder som medverkar till ökat förtroende mellan parterna är angelägna både för att lösa uppkomna tolkningsfrågor och för att i samverkan utveckla hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdsavtalets intentioner.