



Uppföljning av granskningen Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne

Region Skåne, november 2025



Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	1
2	Bakgrund, syfte och metod för genomförande.....	4
2.1	Revisorernas bakgrund till granskningen.....	4
2.2	Syfte	4
2.3	Revisionsfrågor	4
2.4	Avgränsning	4
2.5	Revisionskriterier	4
2.6	Metod och genomförande	5
3	Granskningens resultat: iakttagelser och analyser.....	7
3.1	Utgångspunkter	7
3.2	Avtalets efterlevnad	11
3.3	Uppföljning	26
4	Samlad bedömning	30
5	Rekommendationer	32
6	Bilagor	33
	Bilaga 1: Granskande dokument	33
	Bilaga 2: Intervjuförteckning	35
	Bilaga 3: Intervjuguide för Region Skåne	36
	Bilaga 4: Kvantitativa analyser	37



1 Sammanfattning

Sirona har på uppdrag av styrgruppen för revisionssamverkan i Skåne genomfört en uppföljning av granskningen Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne. Granskningen har genomförts mot bakgrund av den fördjupade granskningen som utfördes 2022, där det konstaterades att Region Skåne och Skånes kommuner i flera centrala delar inte uppnått de mål och syften som anges i avtalet. Den tidigare granskningen visade på betydande brister i genomförande och styrning inom vissa avtalsområden, vilket resulterat i få korrigerade beslut utifrån uppmärksammade brister. Ett bakomliggande problem var avsaknaden av en tydlig genomförd strategi för hur resultat av insatser ska bedömas och hur bristande måluppfyllelse ska hanteras. Vidare konstaterades att det uppföljningsansvar som anges i avtalet inte hade genomförts. Mot denna bakgrund har nu en uppföljningsgranskning genomförts med syfte att bedöma om Region Skåne och de deltagande kommunerna har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av revisorernas rekommendationer.

Bland annat har följande iakttagelser och bedömningar gjorts:

- **Sironas samlade bedömning är att Region Skåne endast delvis har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av revisorernas rekommendationer.** Sedan den tidigare granskningen har Region Skåne genomfört flera viktiga utvecklingsinsatser för att stärka efterlevnaden av hälso- och sjukvårdsavtalet. Arbetet inom vårdssamverkan Skåne har strukturerats och förtydligats genom införandet av en gemensam processledarorganisation. Detta har bidragit till ökad samordning mellan Region Skåne och länets kommuner och en förbättrad dialog mellan huvudmännen. Vidare har de gemensamma aktivitets- och tidplanerna lagt grunden för att styra arbetet mot en mer sammanhållen och nära vård, och en första gemensam uppföljningsrapport har publicerats. Dessa insatser har lagt grunden för ett mer enhetligt och långsiktigt samverkansarbete.
- Samtidigt kvarstår brister inom flera centrala områden. Ansvarsfördelningen mellan nivåer och aktörer är ännu inte fullt ut tydlig, uppföljningen inte tillräckligt omfattande och patientperspektivet inte tillräckligt integrerat. Variationer i genomförande och prioritering mellan delregioner påverkar likvärdigheten, och flera utvecklingsområden har ännu inte fått fullt genomslag. **Sammantaget bedöms därför Region Skånes involverade nämnders verksamheter inte vara helt ändamålsenliga i förhållande till HS-avtalets intentioner och Region Skånes ansvar**, även om Region Skåne bedöms vara på väg att uppfylla dessa intentioner genom de strukturella förbättringar som inletts.
- När det gäller läkarmedverkan har satsningen på mobila närsjukvårdsteam inneburit ett viktigt steg mot en mer sammanhållen och tillgänglig vård. Teamen lyfts fram som en fungerande struktur som förbättrat samverkan mellan huvudmännen och stärkt den nära vården. De har bidragit till bättre stöd till patienter och personal i kommunal hälso- och sjukvård. Samtidigt har inga mer omfattande förändringar genomförts i styrningen eller ansvarsfördelningen. Variationer i samverkan mellan vårdcentraler, särskilt mellan offentliga och privata aktörer kvarstår, och tillgången till fast läkarkontakt är fortsatt ojämn. **Primärvårdsnämndens verksamhet bedöms därmed inte vara helt ändamålsenlig.**



- Rehabiliteringsområdet har fått en tydligare struktur genom skånegemensamma samverkansgrupper, delregionala forum och gemensamma aktivitetsplaner. Arbetet har bidragit till ökad dialog, samsyn och ett mer systematiskt erfarenhetsutbyte mellan Region Skåne och kommuner. Samtidigt befinner sig arbetet fortfarande i ett tidigt utvecklingsskede. Insatserna upplevs som mindre prioriterade och är ännu fragmenterade, med skillnader i ansvarsfördelning och tillgång till resurser mellan Region Skåne och kommun. **Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhet bedöms således inte vara helt ändamålsenlig.**
- Inom habilitering har en ny skånegemensam överenskommelse mellan Region Skåne och kommuner tagits fram och börjat implementeras, vilket tydliggör ansvarsfördelningen och skapar bättre förutsättningar för samordning och jämlika villkor för målgruppen. Samverkansgruppen för habilitering utgör en plattform för fortsatt utveckling, och integrerade arbetssätt har förbättrat vårdflöden för vissa grupper. Samtidigt är området svagt förankrat, med begränsad kännedom och har låg prioritet i samverkansarbetet, **vilket leder till att psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämndens verksamhet inte bedöms vara helt ändamålsenlig.**
- Arbetet med personer med psykisk funktionsnedsättning har utvecklats genom framtagna handlingsplaner, förstärkta samverkansstrukturer och nya vårdmodeller, vilket bidragit till ett mer systematiskt och förebyggande arbetssätt i flera delregioner. Samordningen mellan kommuner, primärvård och psykiatri har förbättrats, men stora skillnader i ansvarstagande och engagemang kvarstår mellan huvudmännen. Primärvårdens roll upplevs som begränsad, och psykiatrins separata samverkansstruktur skapar parallella processer. Sammantaget innebär detta **att hälso- och sjukvårdsnämnden, psykiatri-, habiliterings- och hjälpmedelsnämnden samt primärvårdsnämndens verksamhet inte bedöms vara helt ändamålsenlig.**
- För egenvård har en gemensam rutin tagits fram, vilket utgör en viktig grund för mer enhetlig tillämpning och ökad patientsäkerhet. Trots detta är området fortsatt lågt prioriterat och svagt förankrat i den praktiska samverkan, med otydlig tillämpning och ekonomiska konsekvenser för patienter som följd. **Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhet bedöms därmed inte vara ändamålsenlig.**
- När det gäller uppföljning av hälso- och sjukvårdsavtalet markerar de gemensamma aktivitets- och tidplanerna samt den första uppföljningsrapporten ett tydligt steg mot en mer indikatorbaserad och systematiserad uppföljning. På delregional nivå har arbetet blivit mer konkret, och erfarenhetsutbyte sker i större utsträckning mellan parterna. Därtill följs delar av hälso- och sjukvårdsavtalet upp i såväl hälso- och sjukvårdsnämndens som primärvårdsnämndens verksamhetsberättelse. Kompletterande uppföljning sker även i Region Skånes patientsäkerhetsberättelse. Samtidigt saknas fortfarande en samlad och tydlig struktur för hur avtalet i sin helhet ska följas upp. Ansvarsfördelningen upplevs som otydlig, indikatorerna fångar inte patient- och närståendeperspektivet i tillräcklig grad, och avsaknaden av gemensamma informationssystem försvårar analysen. **Bedömningen är att hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhet inte är helt ändamålsenlig.**

Baserat på granskningens samlade iakttagelser och bedömningar har ett antal rekommendationer tagits fram. Följande rekommendationer riktar sig till hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne:



- Vidta, i samråd med övriga ansvariga nämnder, åtgärder för att säkerställa att avtalets intentioner omsätts i praktiken inom de områden där brister fortfarande kvarstår, i syfte att uppnå en mer likvärdig och samordnad vård i hela regionen.
- Utveckla en mer systematisk uppföljning av hälso- och sjukvårdsavtalet, så att den i högre grad speglar avtalets intentioner och utgör ett gemensamt, ändamålsenligt underlag för styrning, analys och uppföljning av samtliga avtalsområden.

Följande rekommendation riktar sig till primärvårdsnämnden i Region Skåne:

- Säkerställ ett tydligt ansvarstagande för läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård och följ upp vårdcentralernas efterlevnad av hälso- och sjukvårdsavtalet för att uppnå en mer enhetlig och välfungerande samverkan i hela regionen.
- Säkerställ, i dialog med kommunerna, att relevanta indikatorer för uppföljning av läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård tas fram och används gemensamt, som underlag för styrning och förbättringsarbete.
- Tydliggör ansvar och gränsdragning mellan den nya förvaltningen för nära vård och primärvårdsförvaltningen.



2 Bakgrund, syfte och metod för genomförande

2.1 Revisorernas bakgrund till granskningen

2022 genomfördes en granskning av Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne. Syftet med granskningen var att bedöma om Region Skåne och Skånes kommuner uppnår de mål och syften som anges i avtalet. Den sammanfattade bedömningen var att Region Skåne och kommunernas efterlevnad av avtalet i flera av de granskade delarna inte nådde upp till de mål och syfte som anges i avtalet. Det fanns brister i genomförandet och styrningen inom vissa delar av avtalet och som resultat i förhållandevis få korrigerade beslut utifrån uppmärksammade brister. Det framgick att ett bakomliggande problem, som försvårat effektiva korrigerande åtgärder, var avsaknaden av en tydligt genomförd strategi för hur resultat av insatser ska bedömas och hur bristande måluppfyllelse ska hanteras. Vidare bedömdes även att det uppföljningsansvar som anges i avtalet inte genomförts.

Utifrån de brister som framkom i granskningen lämnades ett antal rekommendationer till Region Skåne och de granskade kommunerna. Det är utifrån dessa rekommendationer som uppföljningsgranskningen tar sin utgångspunkt och besvarar huruvida Region Skåne och Skånes kommuner (deltagande kommuner: Helsingborgs stad, Kristianstad, Landskrona, Malmö stad, Svalöv, Tomelilla, Trelleborg och Ängelholm) vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av revisorernas rekommendationer.

2.2 Syfte

Syftet med uppföljningsgranskningen är att bedöma om Region Skåne och respektive kommun som valt att delta i denna uppföljning, vidtagit tillräckliga åtgärder då genomförd fördjupad granskning visat på brister och förbättringsområden.

2.3 Revisionsfrågor

Följande revisionsfråga besvaras i granskningen:

Har Region Skåne vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av revisorernas rekommendationer?

2.4 Avgränsning

Granskningen omfattar regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden, psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden och sjukhusstyrelse Helsingborg, sjukhusstyrelse Hässleholm, sjukhusstyrelse Kristianstad, sjukhusstyrelse Landskrona, sjukhusstyrelse Sus, sjukhusstyrelse Trelleborg, sjukhusstyrelse Ystad och sjukhusstyrelse Ängelholm.

2.5 Revisionskriterier

Underlag för bedömningsgrunder som svarar mot revisionsfrågan har bland annat inhämtats från Vårdsamverkan Skåne, delregionala och Region Skånes interna dokumentation avseende uppsatta mål och riktlinjer samt relevanta lagar, föreskrifter och överenskommelser. Arbetet har genomförts i enlighet med Skyrevs riktlinjer gällande revisionsarbete.

Region Skånes åtgärder med anledning av revisorernas rekommendationer har bedömts med utgångspunkt i följande lagar och dokument:



- *Kommunallag (2017:725)*: kapitel 6 §1 om styrelsens ansvar att leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders verksamhet och kapitel 6 §6, om nämnders ansvar att se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.
- *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)*: kapitel 3 §1 om att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, kapitel 5 om hur verksamheten ska bedrivas samt kapitel 7 om hälso- och sjukvårdens organisation, planering och samverkan.
- *Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård*: kapitel 1 till 5 om samverkan vid planering av insatser för enskilda efter att de skrivits ut från slutet vård, hur insatserna ska planeras för enskilda samt kommunens betalningsansvar för vissa utskrivningsklara patienter.
- *Förvaltningslag (2017:900)*: 8 § om att en myndighet inom sitt verksamhetsområde ska samverka med andra myndigheter
- *Reglemente för styrelser och nämnder i Region Skåne (2024-12-03)*: om ansvaret för de styrelser och nämnder som innefattas i denna granskning
- *Avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne (2016), inklusive bilagor*: om ansvarsfördelningen och samverkansformerna inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne.
- *Tidigare granskningsrapporter och beslutade åtgärdsplaner från 2022 års granskning*: om revisorernas iakttagelser, bedömningar och rekommendationer samt beslutade åtgärder med anledning av dessa.

2.6 Metod och genomförande

Uppföljningsgranskningen genomfördes av Sirona under perioden augusti till november 2025. Granskningsteamet bestod av:

- Shadi Abbas, Managing Director och tillförordnad vd på Sirona: uppdragsansvarig och granskningsledare
- Johan Assarsson: senior expert och sakkunnig inom styrning, ledning och uppföljning
- Sören Olofsson: senior expert och sakkunnig inom styrning, ledning och uppföljning
- Kari Aartojärvi: senior expert och kvalitetssäkrare i enlighet med Skyrevs rekommendationer
- Julia Blomberg, senior konsult: granskningskoordinator

Kontaktperson och projektledare från Region Skånes revisionskontor har varit Josefin Blyrup, certifierad kommunal revisor. Rapporten är faktagranskad av de som har intervjuats eller lämnat skriftliga underlag.

För att besvara revisionsfrågorna samt bedöma huruvida Region Skåne och de deltagande kommunerna har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av revisorernas rekommendationer har flera olika metoder använts. De huvudsakliga metoderna som har använts i granskningen består av dokumentstudier och semistrukturerade intervjuer. Granskningen har tagit sin utgångspunkt i tillämplig lagstiftning, rättspraxis,



föreskrifter, avtal och riktlinjer som gällde för den aktuella perioden. Jämförande analys mellan dokumentation, statistik och intervjuer tillämpades för att bedöma och sammanställa överensstämmelse/diskrepans.

2.6.1 Dokumentgranskning

Granskningen omfattade en systematisk genomgång och analys av styrande dokument från Region Skåne och de deltagande kommunerna. Interna styrdokument innefattade mål, vägledande principer och rekommendationer avseende Avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne. Bland annat analyserades beslut från hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden i Region Skåne, respektive deltagande kommuns ansvariga nämnd, regionala och delregionala dokument. Granskningen innefattade även genomgång av policydokument samt övriga styrdokument som ansågs relevanta för granskningen.

En förteckning över granskade dokument återfinns i **Bilaga 1: Granskade dokument**.

2.6.2 Intervjuer

För att få ett fördjupat och tillräckligt underlag från det granskade området intervjuades ett urval av nyckelpersoner från Region Skåne, de deltagande kommunerna samt Vårdsamverkan Skåne som bedömdes relevanta utifrån granskningens syfte. Totalt genomfördes semistrukturerade djupintervjuer med 54 personer.

Intervjuförteckning kan ses i **Bilaga 2: Intervjuförteckning** och intervjuguide kan ses i **Bilaga 3: Intervjuguide**

För att fördjupa patientperspektivet kontaktades även ett urval av patientföreningar i Skåne, som bedömdes som relevanta utifrån granskningens syfte.

2.6.3 Kvantitativa analyser och benchmarking

För att komplettera och verifiera de kvalitativa granskningsunderlagen utfördes inom ramen för granskningen ett antal kvantitativa analyser. Analyserna omfattar centrala indikatorer kopplade till samverkan mellan region och kommun, samt vårdens tillgänglighet och kontinuitet. Det rör sig bland annat om mått på läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård såsom tillgång till läkare i särskilda boenden och medicinska bedömningar i primärvården. Därtill genomfördes analyser kopplade till samverkan vid vårdens övergångar, såsom oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar och måluppfyllelse för utskrivningsklara patienter. För att sätta resultaten i ett bredare sammanhang har benchmarking genomförts mot länsnivå och, där det varit relevant, mot riksnivå. Syftet har varit att ge en fördjupad bild av nuläget samt identifiera skillnader och utvecklingsområden mellan kommunerna och Region Skåne.



3 Granskningens resultat: iakttagelser och analyser

Resultaten som presenteras nedan är en sammanställning av resultaten från dokumentgranskningen, intervjuerna och de kvantitativa analyser som har genomförts.

Revisionsfrågan är uppdelad utifrån den tidigare granskningens identifierade brister. Kapitlet inleds med iakttagelser och analyser och avslutas med Sironas bedömning, som är en sammanvägning av vad de olika underlagen har indikerat.

Revisionsfråga: Har Region Skåne vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av revisorernas rekommendationer?

3.1 Utgångspunkter

3.1.1 Tidigare granskning och efterföljande yttrande

Den tidigare granskningen¹ av Region Skånes efterlevnad av Hälso- och sjukvårdsavtalet syftade till att bedöma i vilken utsträckning Region Skåne uppnått de mål och syften som anges i överenskommelsen mellan Region Skåne och de skånska kommunerna. Den samlade bedömningen var att Region Skånes efterlevnad i flera granskade delar inte nådde upp till avtalets mål och syften. Även om vissa delar bedömdes som ändamålsenliga, konstaterades brister inom flera centrala områden: *läkarmedverkan, rehabilitering, habilitering, åtaganden kring personer med psykisk funktionsnedsättning samt egenvård*. Granskningen visade även att genomförandet och styrningen av vissa delar av avtalet varit bristfälliga och att få korrigerade beslut fattats trots uppmärksammade brister. Ett bakomliggande problem som försvårade effektiva åtgärder var frånvaron av en tydlig strategi för hur resultat av insatser ska bedömas samt hur bristande måluppfyllelse ska hanteras. Det bedömdes att Region Skåne inte genomfört den systematiska uppföljning som anges i avtalet och att uppföljningen varken var ändamålsenlig eller dokumenterad, vilket försvårade möjligheten att bedöma effekter för både brukare och verksamhet.

Efterlevnaden av avtalet bedömdes variera mellan geografiska områden och vårdgivare. Samverkansgrupperna bedömdes i stort ha fungerat enligt plan, men den faktiska samverkan hade i flera fall resulterat i ett begränsat antal beslut och därmed ifrågasatts i termer av ändamålsenlighet. Det bedömdes även saknas fastställda nyckeltal och indikatorer för löpande uppföljning, vilket försvårade bedömningen av både verksamhetseffekter och patientupplevd nytta. När det gäller ansvarsfördelning och kostnadsfördelning mellan Region Skåne och kommunerna konstaterades att avtalet var i linje med gällande lagstiftning men att efterlevnaden endast delvis varit ändamålsenlig, särskilt på grund av svårigheter eller avsaknad av data för att följa upp kostnader och resultat. Sammantaget bedömde den tidigare granskningen att Region Skåne inte hade fullgjort sitt ansvar enligt avtalet och att beslut och åtgärder som vidtagits för att uppnå avtalets mål och syften inte varit tillräckliga. Målen inom flera områden var varken preciserade eller kvantifierbara, vilket försvårade uppföljning och verifiering av resultat.

¹ KomRedo (2022). Revisionsrapport Granskning av effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende Hälso- och sjukvården i Skåne



Mot denna bakgrund riktades följande rekommendationer till Region Skåne utifrån vid tiden gällande reglemente:

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

I hälso- och sjukvårdsnämndens efterföljande yttrande framhålls att pandemin starkt påverkat förutsättningarna, men nämnden konstaterar, i linje med granskningen, att efterlevnaden brister i fem av tio områden. För dessa områden redogör nämnden för pågående insatser, såsom satsningar på mobila vårdteam och specialisering i allmänmedicin, etablering av en regional samverkansgrupp för rehabilitering, kunskapshöjande arbete inom habiliteringen, en länsgemensam handlingsplan för psykiatri samt gemensamma rutiner för egenvård i avvaktan på Socialstyrelsens reviderade föreskrifter. Nämnden bemöter även kritiken om otillräcklig dokumentation av åtgärder och framhåller att åtgärdsplanen från 2019 har integrerats i aktivitets- och tidplan för god och nära vård 2022–2025, där gemensamma processledare tillsatts för att stärka genomförandet och uppföljningen. Vidare redovisas pågående satsningar på digitala verktyg, bland annat Mina planer och Nationell patientöversikt, samt utveckling av en ny gemensam uppföljningsmodul med planerad drift 2025. Nämnden delar bedömningen att läkarmedverkan behöver förbättras men betonar att förändringar måste ske i nära dialog med kommunerna. Sammantaget bedöms att den fortsatta omställningen till nära vård, genom gemensamma



handlingsplaner, processledarstöd och förstärkt digitalisering, kommer skapa förbättrade förutsättningar för en mer sammanhållen och likvärdig vård i Skåne².

I primärvårdsnämndens efterföljande yttrande framhålls att man delar bedömningen att läkarmedverkan är en grundläggande förutsättning för en fungerande nära vård och för satsningar som mobila vårdteam. Det framhålls att goda exempel finns, bland annat i Malmö och Skånes universitetssjukhus (Sus), men att denna praxis måste gälla i hela Skåne för att säkerställa en jämlik vård oavsett befolkningsmängd eller geografiskt läge. Nämnden aviserar därför att förvaltningschefen fått i uppdrag att kartlägga läkarmedverkan vid särskilt boende (SÄBO) inom den offentliga primärvården, åtgärda identifierade brister samt säkerställa att förvaltningen tar ansvar för att utveckla den nära vården i samverkan med samtliga kommuner i Skåne³.

3.1.2 Vårdsamverkans struktur

Arbetet med hälso- och sjukvårdsavtalet bedrivs inom ramen för vårdsamverkan Skåne, som utgör den gemensamma strukturen för samverkan mellan Region Skåne och länets kommuner när båda huvudmännen har ansvar. På övergripande nivå finns ett centralt samverkansorgan, ett politiskt forum med åtta representanter från Region Skåne och åtta från kommunerna, se **Figur 1**. Det centrala samverkansorganet är inte ett beslutande organ, utan används för gemensam inriktning, prioritering, hantering och uppföljning av frågor kopplade till hälso- och sjukvårdsavtalet. Under detta organ finns en central tjänstemannaberedning, bestående av förvaltningschefer och verksamhetsledare från båda huvudmännen. Regionen är därefter indelad i sex delregionala samverkansområden, Malmö, nordväst, nordost, mellersta, sydväst och sydost. Inom varje område finns ett delregionalt samverkansorgan och en delregional tjänstemannaberedning som samlar representanter från Region Skåne och kommunerna för att samordna arbetssätt, utveckla gemensamma rutiner och följa upp det praktiska genomförandet av avtalet. Det är på denna nivå som avtalet omsätts i konkret verksamhet, ofta med stöd av särskilda arbetsgrupper.

Enligt Region Skånes reglemente för styrelser och nämnder har hälso- och sjukvårdsnämnden ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården i regionen. Nämnden ansvarar för hälso- och sjukvårdspolitiska frågor, bedömer det samlade vårdbehovet och följer den övergripande utvecklingen av den regionfinansierade vården. I detta ansvar ingår att på strategisk nivå utveckla hälso- och sjukvården i samarbete med kommunerna. Primärvårdsnämnden ansvarar för ledning och utveckling av primärvården och den nära vården i Region Skåne. Nämnden ska säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med fastställda mål och lagstiftning samt samordna det löpande samarbetet med kommunerna inom den nära vården. Reglementet framhåller även att sjukhusstyrelserna samt psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden ska biträda hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden i frågor som rör utvecklingen av hälso- och sjukvården i samverkan med kommunerna⁴.

² Hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-10-10 Yttrande granskningen av Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne

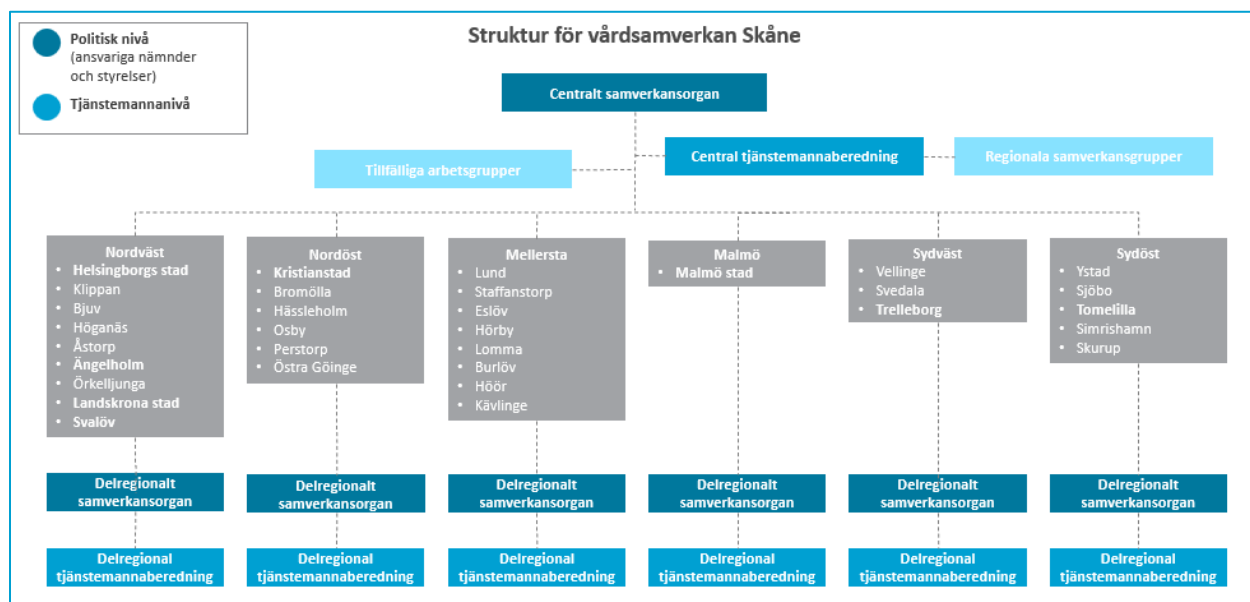
³ Region Skåne (2022). Primärvårdsnämnden Yttrande Granskning av Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne 2022-11-08

⁴ Region Skåne (2024). Reglemente för styrelser och nämnder i Region Skåne.



I det centrala samverkansorganet representeras Region Skåne av företrädare från dessa ansvariga nämnder och styrelser. Däribland, hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden, psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden samt sjukhusstyrelserna, för bland annat Helsingborg, Ystad och Kristianstad, tillsammans med förvaltningschef för nära vård och hälsa. På tjänstemannanivå ingår motsvarande förvaltningschefer i den centrala tjänstemannaberedningen, inklusive representanter från Branschrådet privata vårdgivare, primärvården, psykiatri, habilitering och hjälpmedel samt förvaltningschefer från Lasarettet i Ystad, Hässleholms sjukhus och Skånes universitetssjukhus. På delregional nivå leds arbetet gemensamt av representanter från Region Skåne och kommunerna. I de delregionala samverkansorganen ingår företrädare från berörda sjukhusstyrelser, primärvårdsnämnden och psykiatri-, habiliterings- och hjälpmedelsnämnden, tillsammans med representanter från relevanta kommunala nämnder. Därigenom säkerställs att såväl kommunernas vård- och omsorgsverksamheter som Region Skånes sjukhus- och primärvårdsverksamheter är representerade i styrningen. Exempelvis deltar företrädare från sjukhusstyrelserna i Kristianstad, Helsingborg, Ystad, Ängelholm, Trelleborg och Skånes universitetssjukhus i respektive delregionalt samverkansorgan, tillsammans med representanter från primärvården och psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden.

I Skåne sker således det huvudsakliga arbetet med hälso- och sjukvårdsavtalet inom ramen för Vårdsamverkan Skåne. Strukturen utgör en gemensam arena för beredning, dialog och riktlinjeutveckling mellan regionen och kommunerna, medan de formella besluten om organisering, resursfördelning och genomförande fattas av respektive huvudmans nämnd och därefter verkställs i verksamheterna. Arbetet inom samverkansorganen speglar därmed hur de ansvariga nämnderna och styrelserna fullgör sina uppdrag inom ramen för avtalet. Mot denna bakgrund tar den fortsatta granskningen sin utgångspunkt i hur arbetet bedrivs inom samverkansstrukturen, och redovisar iakttagelser kopplade till både samverkan mellan parterna och de beslut som fattats av respektive nämnd där sådana finns dokumenterade.



Figur 1: Struktur för vårdssamverkan i Skåne. Källa: Vårdsamverkan Skåne (Sirona analys)



3.2 Avtalets efterlevnad

I den tidigare granskningen rekommenderades hälso- och sjukvårdsnämnden att efter samråd med primärvårdsnämnden vidta lämpliga åtgärder för att komma till rätta med den bristande efterlevnaden av hälso- och sjukvårdsavtalet (HS-avtalet) som påvisats i granskningen. Primärvårdsnämnden rekommenderades ytterligare att ta ett större ansvar för att utveckla vården i samverkan med Skånes kommuner. Rekommendationerna syftade till att stärka styrning av avtalet och säkerställa att identifierade brister hanteras på ett systematiskt och långsiktigt sätt. Nedan följer, efter de inledande iakttagelserna, en systematisk genomgång av de områden som i den tidigare granskningen identifierats som bristfälliga gällande avtalets efterlevnad.

3.2.1 Inledande iakttagelser

Omställningen till en mer samordnad och personcentrerad vård är ett nationellt prioriterat utvecklingsområde. Enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) förutsätter en välfungerande nära vård att kommuner och regioner gemensamt ser till hela vårdssystemet, med fokus på kontinuitet, samverkan och individens behov. För invånare med omfattande och varaktiga behov krävs vårdlösningar som överbygger organisatoriska gränser, baseras på gemensamt ansvarstagande och utgår från individens hela livssituation, inte enbart från uppdelade verksamhetsområden. Dessa principer beskrivs som centrala för att minska fragmentering, förbättra vårdkvaliteten och skapa hållbara vårdlösningar⁵. I linje med den nationella utvecklingsriktningen har Region Skåne under 2024 intensifierat sitt arbete med att utveckla en mer sammanhållen och nära vård. Ett av de mest konkreta stegen är införandet av en ny vårdform inom Nära vård med start 1 januari 2025. Den nya vårdformen ska möjliggöra att patienter med återkommande behov får snabbare hjälp på rätt vårdnivå och syftar samtidigt till ökad delaktighet, minskad administration och förbättrad samverkan mellan vårdgivare. Förberedande beslut fattades av regionstyrelsen i maj 2024 och följdes av en översyn av ansvarsfördelning, ledarskap och organisering. Inriktningen för vårdformen fastställdes av hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne senare under året⁶.

Utvecklingsarbetet sker inom ramen för det regionala HS-avtalet, som tillsammans med den nationella överenskommelsen om god och nära vård och det regionala omställningsarbetet utgör en gemensam grund för Vårdsamverkan Skåne. Arbetet struktureras i tre huvudsakliga spår: (1) genomförande av HS-avtalet och lagstadgad samverkan, (2) vidareutveckling och spridning av befintliga samverkanssatsningar, samt (3) införande av nya gemensamma satsningar över huvudmannagränser⁷. Som stöd i detta arbete används en gemensam aktivitets- och tidplan för 2024–2025, kopplad till skånegemensam målbild och handlingsplan för god och nära vård. Planen innehåller sex prioriterade områden: personcentrerat arbetssätt, förebyggande insatser, kompetenssamverkan, digitala lösningar, barn och ungas hälsa samt rehabilitering. Dessa områden ska bidra till ett mer sammanhållet och jämlikt stöd, där individens behov står i centrum och där utvecklingen sker i takt mellan delregionala och lokala aktörer⁸. Denna plan utgör ett centralt styr-

⁵ SKR (2022). Omställning till nära vård – från idé till verklighet.

⁶ Region Skåne (2024). Ny vårdform inom nära vård: Bilaga till hälso- och sjukvårdsnämndens förslag till hälso- och sjukvårdsbudget med uppdrag och regionbidragsfördelning.

⁷ Vårdsamverkan Skåne (2023). Nära vård vårdsamverkan Skåne 2023-02-21.

⁸ Vårdsamverkan Skåne (2024). Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan Skåne 2024–2025.



och uppföljningsverktyg för genomförandet av HS-avtalet och syftar till att säkerställa en gemensam inriktning, tydlig ansvarsfördelning och en uppföljning av pågående utvecklingsinsatser inom vård och omsorg i Skåne.

Sedan den föregående granskningen har flera beslut fattats som rör efterlevnaden av HS-avtalet och åtgärder inom tidigare bristområden. Ett av dessa beslut är att införa processledare på delregional nivå, vilket fattades gemensamt av Region Skåne och Skånes kommuner. Enligt uppdragsbeskrivningen som fastställdes av central tjänstemannaberedning den 30 september 2022 inrättades sex processledartjänster med syfte att stödja genomförandet av aktivitets- och tidplanen för omställningen till god och nära vård inom ramen för vårdsamverkan Skåne 2022–2025. Processledarna beskrivs utgöra ett samordnande stöd för de delregionala samverkansytorna och arbeta utifrån ett gemensamt uppdrag. Deras roll framhålls vara att planera, facilitera och samordna aktiviteter mellan berörda aktörer inom både kommunala och regionala samt privata utförare. De ska även bidra till styrning och uppföljning av det gemensamma arbetet samt rapportera till den centrala samverkansstrukturen⁹. Införandet av dessa processledare har därmed konkretiserat en struktur för samverkan mellan huvudmännen och stärkt den operativa genomförandeförmågan i omställningen till nära vård, i enlighet med intentionerna i HS-avtalet. Sammantaget har dessa beslut och initiativ stärkt de strukturella förutsättningarna för att utveckla en mer sammanhållen och jämlik vård i Skåne.

3.2.2 Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (26 § HSL) och HS-avtalet ansvarar Region Skåne för att tillhandahålla de läkarresurser som behövs för att kommunerna ska kunna erbjuda god vård i den kommunala hälso- och sjukvården. Läkarmedverkan ska tillgodose både den enskildes behov av medicinska insatser och kommunernas behov av rådgivning, stöd och fortbildning till personal. Insatserna ska ha en sådan omfattning och kompetens att patienter kan vårdas utanför sjukhus med bibehållen medicinsk säkerhet¹⁰.

Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård utgör ett prioriterat område i omställningen till en god och nära vård i Skåne. I den skånegemensamma aktivitets- och tidplanen för 2024–2025 framhålls behovet av en särskilt organiserad, teambaserad vårdform för personer med omfattande behov, där läkare från Region Skåne och sjuksköterska från hemkommunen tillsammans har ett gemensamt uppdrag. Målsättningen är att öka tryggheten genom fasta vårdkontakter och samordnade insatser. Det anges att respektive delregion ska återrapportera sitt nuläge två gånger per år till central tjänstemannaberedning, samtidigt som ett särskilt lärandeprogram inom ramen för vårdsamverkan Skåne ska genomföras inför breddinförande av mobila närsjukvårdsteam¹¹. I aktivitets- och tidplanen betonas vidare att tillgången till läkare ska vara likvärdig oavsett bostadsort. Ett reviderat ramavtal om läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården utgör en del av detta arbete, där uppdraget om läkarmedverkan ska tydliggöras och ges en enhetlig struktur. Två aktiviteter lyfts särskilt fram, dels att ta fram ett nytt förslag till ramavtal och

⁹ Vårdsamverkan Skåne (2022). Uppdragsbeskrivning processledare 2022-09-30.

¹⁰ Region Skåne och Kommunförbundet Skåne (2016). Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne 2016-01-19.

¹¹ Vårdsamverkan Skåne (2024). Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan Skåne 2024–2025.



vårdnivåbaserat läkaruppdrag, dels att möjliggöra gemensam uppföljning av fast läkarkontakt och fast vårdkontakt. Vidare framhålls vikten av tillgängligt och proaktivt stöd till personer som tillfälligt sviktar i sin hälsa, i syfte att förebygga inläggningar genom tidiga och samordnade insatser i en teamorganiserad vårdform. Det anges bland annat att ett akutblad ska användas för att identifiera och analysera undvikbara inläggningar, att pilotprojektet med mobila närsjukvårdsteam ska följas upp i flera delregioner samt att insatser ska genomföras kopplade till samsjuklighetsutredningen för att stärka samverkan kring individer med komplexa behov¹².

Sedan den föregående granskningen har ett antal konkreta beslut fattats av regionfullmäktige, primärvårdsnämnden och hälso- och sjukvårdsnämnden i syfte att stärka läkarmedverkan. Exempelvis, under 2023 beslutades införandet av mobila närsjukvårdsteam utifrån den modell som tidigare pilottestats i Landskrona. Ett regionalt införande beslutades av regionfullmäktige i Region Skåne, och primärvårdsnämnden fastställde en införandeplan. Det anges att införandet planerats ske stegvis under 2024, med full implementering 2025. De mobila närsjukvårdsteamerna organiserades från start under primärvårdsförvaltningen, men har nu förflyttats till förvaltningen nära vård och hälsa. Teamen beskrivs utgöra en samordnad funktion mellan primärvård, kommunal vård, sjukhusvård och prehospitaal vård. Uppdraget omfattar medicinska bedömningar, tillfälligt övertagande av medicinskt ansvar, hembesök samt agera rådgivande stöd till andra vårdaktörer. Syftet är att förebygga onödiga sjukhusinläggningar och skapa trygghet genom vård i hemmet¹³.

Utöver detta beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden hösten 2024 att inrätta en ny vårdförvaltning, Nära vård och hälsa, med ansvar från 2025. Förvaltningen ska vara anslagsfinansierad och fungera som en organisatorisk grund för omställningen till nära vård. Det framhålls att målsättningen är att stärka samverkan med kommunerna, minska dubbeldokumentation och skapa fler samarbetsytor mellan huvudmännen. En referensgrupp med kommunrepresentanter har etablerats via Skånes kommuner för att säkerställa dialog kring kommunernas behov och förväntningar¹⁴. Det framgår vidare att ett förslag till ny modell för läkaruppdrag i kommunal hälso- och sjukvård presenterades under 2023, men därefter reviderades. Ett ställningstagande planerades under 2024, men Region Skåne valde att avvakta på grund av det pågående breddinförandet av mobila team. Under 2024 har även Region Skåne hävt avtalet med den tidigare leverantören av läkarinsatser vid hembesök och tagit över verksamheten i egen regi. En partsgemensam arbetsgrupp har därefter tillsatts för att hantera samverkan, avvikelser och utmaningar¹⁵. Sammantaget har beslut fattats i syfte att stärka läkarmedverkan. I vårdssamverkans verksamhetsberättelsen för 2024 beskrivs hur de successivt har omsatts i praktiken. Det framhålls att de mobila teamen har fortsatt utvecklats till en sammanhållen vårdform med primärvården som nav i samverkan. Vidare konstateras att patient och närstående erbjuds ett planerat vårdförlopp och en tydlig

¹² Vårdssamverkan Skåne (2024). Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdssamverkan Skåne 2024–2025.

¹³ Vårdssamverkan Skåne (2024). Införandeplan mobila team närsjukvård i Skåne, 2024–2025: En sammanhållen vårdform där primärvården är navet i samverkan med övriga vårdgivare.

¹⁴ Vårdssamverkan Skåne (2025). Verksamhetsberättelse Vårdssamverkan Skåne 2024.

¹⁵ Vårdssamverkan Skåne (2025). Ramverk lärande uppföljning och analys Nära Vård – Vårdssamverkan Skåne Delrapport Gemensamma uppföljning.



väg in i vården. Under 2024 har befintliga team inom primärvårdsförvaltningen och förvaltningen för Nära vård och hälsa fått i uppdrag att utöka sin tillgänglighet till att omfatta samtliga veckodagar¹⁶.

Den skånegemensamma aktivitets- och tidplanen har även i varje delregion konkretiserats utifrån lokala förutsättningar, där delregionala mål och prioriteringar, ansvarsfördelning, aktiviteter och uppföljningsformer tydliggörs. Det används som ett gemensamt styr och uppföljningsverktyg inom varje delregion. Arbetet gällande läkarmedverkan präglas över lag av ett fokus på teambaserade och mobila vårdformer, stärkta samverkansstrukturer mellan kommunal och regional primärvård samt utvecklade former för läkarstöd. I nordväst drivs utvecklingen främst genom breddinförandet av närsjukvårdsteam enligt Landskronamodellen, med stöd av beslutsstöd och digitala verktyg för att minska undvikbara inläggningar¹⁷. I sydväst betonas ett mer jämlikt läkaruppdrag och samarbete genom SÄBO-läkarnätverk och strukturerat arbete med beslutsstöd, samtidigt som samsjuklighetsutredningen utgör en viktig del av den fortsatta utvecklingen¹⁸. nordost fokuserar på att stärka de mobila teamens roll för att skapa sömlösa vårdflöden kring de mest sjuka och minska sjukhusinläggningar. Rutiner har införts för snabbare hembesök, och ett kvalitetsarbete pågår för att identifiera patienter som kan vårdas utanför sjukhus¹⁹. I sydost ligger tyngdpunkten på att tydliggöra uppdrag, ansvar och beslutsstöd för mobila närsjukvårdsteam för att ytterligare stärka samverkan mellan huvudmännen²⁰.

Aktivitets- och tidplanerna följs även upp löpande genom delregionala utvärderingar och årsrapporter, där genomförda insatser, resultat och utvecklingsområden redovisas som underlag för fortsatt arbete och prioriteringar framåt. I nordväst visar utvärderingen för 2024 att samverkan mellan kommuner och Region Skåne har stärkts över tid. Ett tydligare patientfokus, förbättrad struktur och ökad nöjdhet med samverkansarbetet framhålls, samtidigt som det finns områden som kräver fortsatt arbete. Bland annat lyfts brister i kommunikationen mellan kommuner och vårdcentraler, behov av större delaktighet i planering från vårdcentralernas sida samt utmaningar kopplade till chefsbyten i kommunerna. Även frågor om egenvårdsintyg och avgiftsnivåer beskrivs som fortsatt problematiska och i behov av dialog²¹. I delregion Malmö framträder en tydlig utveckling av vårdinsatser nära patienten. Bland annat lyfts ett pilotprojekt för intravenös antibiotikabehandling i hemmet²², utvecklad teamsamverkan vid nydiagnostiserad demens och ett tätare samarbete mellan kommun och vårdcentral i särskilda boenden. Insatserna har enligt uppföljning bidragit till förbättrad kommunikation, ökad läkarmedverkan och minskad risk för återinläggningar. Arbetet har även stärkts genom utvecklingen av digitala stöd som Mina planer, Akutbladet och ViSam, vilket förbättrat informationsöverföring och gett sjuksköterskor bättre förutsättningar för medicinska

¹⁶ Vårdsamverkan Skåne (2025). Verksamhetsberättelse Vårdsamverkan Skåne 2024.

¹⁷ Vårdsamverkan Skåne. Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan Skåne 2022–2025 – tillämpning delregion nordvästra Skåne, version 2.0.

¹⁸ Vårdsamverkan Skåne (2025). Delregional aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan sydväst 2025.

¹⁹ Vårdsamverkan Skåne (2023). Aktivitetsplaner för prioriterade fokusområden delregionala operativa tjänstemannaberedningen 2023-02-21.

²⁰ Vårdsamverkan Skåne (2023). Delregional plan för Vårdsamverkan Skåne delregion sydost.

²¹ Vårdsamverkan Skåne (2025). Utvärdering Delregional aktivitets- och tidplan nordväst 2024.

²² Vårdsamverkan Skåne (2024). Verksamhetsberättelse Vårdsamverkan Skåne 2023.



bedömningar i hemmet²³. I sydost har fokus i uppföljningen legat på att förtydliga uppdrag och ansvar i de mobila vårdteamen och skapa mer enhetliga arbetssätt. Genom gemensamma workshops och framtagande av vägledande material har delregionen lagt grunden för ett stärkt samarbete mellan kommunal och regional primärvård i samband med breddinförandet av närsjukvårdsteam i hela Skåne. Målsättningen är att skapa en mer samordnad vård och ökad trygghet för patienter med omfattande och komplexa vårdbehov²⁴.

Därtill har ett antal konkreta beslut och åtgärder fattats på delregional nivå som rör läkarmedverkan. I Malmö har bland annat rutinen för ansvarsfördelning mellan Sus sjukhus hemma, regional och kommunal primärvård reviderats under 2024. Rutinen syftar till att möjliggöra specialiserad vård i hemmet och tydliggöra ansvar, kontaktvägar och informationsöverföring mellan aktörerna²⁵. En ny rutin har även införts för samverkan mellan avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och kommunal primärvård, där ansvarsfördelning, Samordnad Individuell Plan (SIP) och läkemedelshantering regleras. Rutinerna ska bidra till en mer strukturerad och patientsäker vård i hemmet²⁶. Frågor om läkarmedverkan har även diskuterats frekvent i delregionala samverkansorgan. Bland annat framgår i delregion Malmö att ett arbete pågår för att utveckla och förtydliga rutiner kring Läkarbil Skåne och samverkan med kommunernas sjuksköterskor. En särskild arbetsgrupp arbetar med att hantera avvikelser och stärka informationsflöden. Rutiner kring hur läkarbesök initieras i hemmet diskuteras också, med målsättningen att skapa en mer enhetlig och tydlig ansvarsfördelning²⁷. I nordväst har Läkarbil Skåne tagits i drift med utökad tillgänglighet, inklusive kvälls- och helgmottagningar samt planering för sju dagars drift av mobila närsjukvårdsteam²⁸. I nordost har brister i rutinen för direktinläggningar identifierats, vilket lett till behov av översyn och en mer tydlig ansvarsfördelning²⁹. Parallellt bedrivs utvecklingsarbete för att stärka samarbetet över vårdgivargränser, bland annat genom utbildning i samordnad individuell plan (SIP), hospitering och regelbundna uppföljningar av mobila team. I diskussioner framhålls vikten av ökad tillit och samordning mellan vårdgivare samt att hantera den läkarbrist och planeringslucka som uppmärksamats i Region Skåne^{30,31}.

Utöver de delregionala prioriteringarna framgår att även i Region Skåne är utvecklingen av nära vård en central del i hälso- och sjukvårdens inriktning. I verksamhetsplan och budget 2025 betonas ett ökat fokus på tillgänglighet, kontinuitet och patientnära vård, med primärvården som nav. Den nya vårdformen som införs 2025 och satsningar på fast läkarkontakt ska stärka samverkan mellan kommunerna, minska behovet av sjukhusinläggningar och skapa en mer samordnad vård nära patienten. Det framgår vidare att en handlingsplan ska tas fram för att uppnå Socialstyrelsens riktvärden för fast läkarkontakt, i syfte att stärka

²³ Vårdsamverkan Skåne (2025). Årsrapport 2024 Vårdsamverkan delregion Malmö.

²⁴ Vårdsamverkan Skåne (2025). Årsrapport 2024 Vårdsamverkan Delregion Sydost.

²⁵ Vårdsamverkan Skåne (2024). Ansvarsfördelning för Sus sjukhus hemma Malmö (specialiserad vård), regional och kommunal primärvård.

²⁶ Malmö stad och Region Skåne (2024). Rutin för samverkan mellan ASIH och kommunal primärvård.

²⁷ Vårdsamverkan Skåne (2025). Minnesanteckningar Delregional Tjänstemannaberedning Malmö 2025-03-23.

²⁸ Vårdsamverkan Skåne (2025). Stärkt omställning till nära vård – förvaltningen Nära vård och hälsa 2025-05-26.

²⁹ Vårdsamverkan Skåne (2025). Mötesanteckningar Delregional operativ tjänstemannaberedning Skåne nordost 2023-04-28.

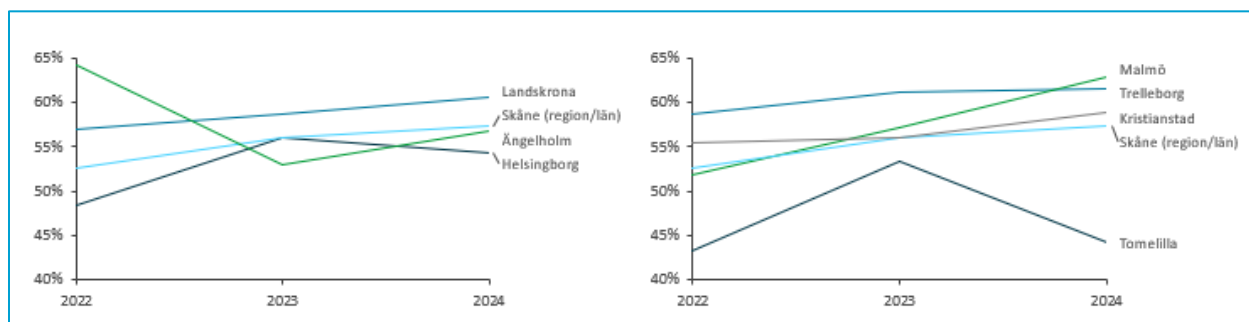
³⁰ Vårdsamverkan Skåne (2024). Mötesanteckningar Delregional Samverkan nordost 2024-04-05.

³¹ Vårdsamverkan Skåne (2024). Minnesanteckningar Delregional operativ tjänstemannaberedning Skåne nordost 2024-02-16.



primärvårdens roll och samordning av vårdbehov³². I Region Skånes förändrings- och genomförandeplan för 2023–2026 framgår vidare att målet om säkerställd läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården ska vara uppnått under 2024. Det innebär att de strukturella och organisatoriska förutsättningarna för en förstärkt läkarresurs, inklusive fast läkarkontakt och stärkt kontinuitet, ska finnas på plats³³. Det framgår inte att målen ännu är fullt uppnådda, utan att arbetet pågår för att etablera de förutsättningar som krävs.

Ett mått på läkarmedverkan är tillgång till läkare vid behov, indikatorn mäter andelen personer över 65 år och äldre i särskilda boenden som uppger att det är mycket lätt eller ganska lätt att träffa en läkare. Måttet speglar patienternas upplevda tillgänglighet och samordning i vården och används för att följa upp hur väl samverkan mellan kommunal vård och primärvård fungerar. I Region Skåne har andelen ökat successivt under åren 2022–2024 och ligger 2024 runt 57 procent, se **Figur 2**. Samtidigt är variationen mellan kommunerna stor. Malmö, Landskrona och Trelleborg uppvisar en förbättring över tid, medan Tomelilla har en lägre andel och negativ trend. Ängelholm har haft en tydligt negativ trend, och ligger tillsammans med Helsingborg under regionsnittet. Utvecklingen tyder på en viss ökning av läkartillgänglighet regionalt, men förutsättningarna är fortsatt ojämna mellan kommuner.

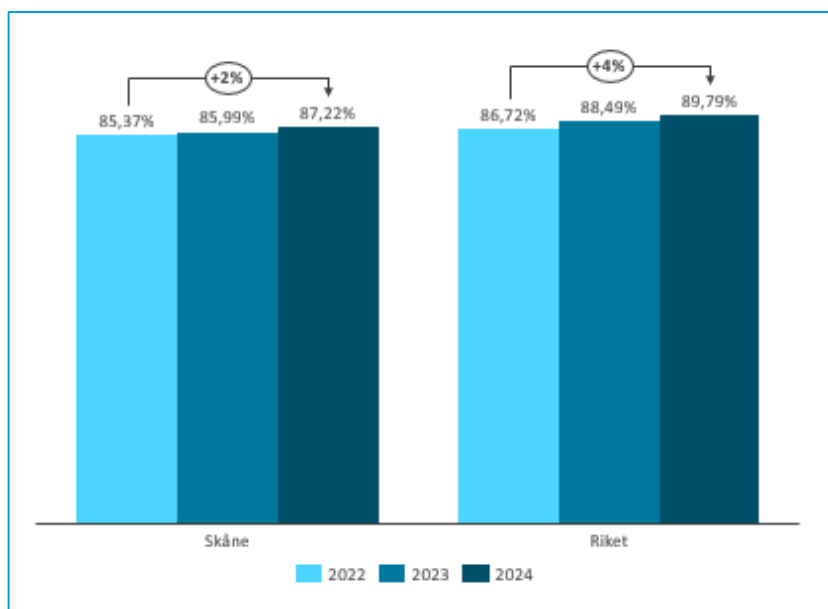


Figur 2: Andel personer 65 år och äldre i särskilda boenden som svarat att det vid behov är mycket lätt eller ganska lätt att få träffa läkare. Det saknas data för Svalöv kommun. Källa: Socialstyrelsen (Sirona analys)

Ytterligare ett mått på läkartillgången är medicinska bedömningar genomförda av läkare i primärvården, enligt den nationella vårdgarantin har patienter rätt till medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar. Indikatorn speglar tillgänglighet till vård och omfattar både fysiska besök, distanskontakter och hembesök. I Region Skåne har andelen medicinska bedömningar som utförs av läkare inom tre dagar ökat från 85,4 procent 2022 till 87,2 procent 2024, vilket motsvarar en ökning på 2 procentenheter, se **Figur 3**. Skåne ligger därmed något under riksgenomsnittet, och på en relativt stabil nivå över tid. Således har tillgängligheten i Skåne förbättrats men i långsammare takt än i riket som helhet.

³² Region Skåne (2025). Verksamhetsplan och budget 2025 med plan för 2026–2027.

³³ Region Skåne (2023). Förändrings- och genomförandeplan för mål och strategi för framtidens hälsosystem 2023–2026.



Figur 3: Andel medicinska bedömningar genomförda av läkare i primärvården inom tre dagar. Källa: Vården i siffror (Sirona analys)

I de genomförda intervjuerna beskriver en majoritet att läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården har förbättrats sedan den tidigare granskningen, en viktig faktor för detta har varit införandet och etableringen av mobila närsjukvårdsteam. Dessa team lyfts fram som en avgörande resurs för att snabbt kunna möta patienter i hemmet, ge vård på rätt vårdnivå och avlasta sjukvården. De upplevs ha ökat tillgängligheten och skapat en större trygghet för patienterna, särskilt i akuta situationer. Samtidigt understryker flera att mobila team är ett komplement, inte en ersättning för kontinuitet och fast läkarkontakt, som fortsatt bedöms vara en svag punkt i vårdkedjan. Det framkommer också även exempel på en mer strukturerad samverkan mellan kommuner och vårdcentraler, där regelbundna möten med enhetschefer och vårdcentralchefer beskrivs ha bidragit till bättre kontaktvägar och snabbare problemlösning.

Flera intervjupersoner pekar samtidigt på att frågan om läkarmedverkan i HS-avtalet inte har drivits framåt i någon större utsträckning. Strukturerna upplevs av vissa som otydliga och att det inte finns någon gemensam styrning eller långsiktig planering på området. Det beskrivs finnas brister i ansvarsfördelning mellan Region Skåne och kommun, vilket bland annat leder till att patienter från särskilda boenden fortsatt hamnar på akutmottagning trots att detta i många fall hade kunnat undvikas genom bättre planering och samverkan. Därtill lyfts fortsatta skillnader mellan vårdcentraler, snarare än kommuner, i hur väl läkarmedverkan fungerar. Variationerna kopplas till skillnader i patientunderlag och resurser. Vårdcentraler med många multisjuka patienter uppges ha svårare att frigöra resurser, medan mindre vårdcentraler med få särskilda boenden ofta utvecklat mer etablerade samarbetsformer. Privata vårdcentraler lyfts återkommande fram som en särskild utmaning, eftersom de ofta saknar forum för samverkan i samma utsträckning som de offentliga. I de genomförda intervjuerna framkommer även en tydlig splittring i synen på den nya förvaltningen för nära vård. Vissa framhåller att förändringen på sikt kan bidra till ett tydligare samlat ansvar i primärvården och en stärkt samverkan. Samtidigt som andra uttrycker att införandet initialt



skapat oklarheter kring ansvarsfördelning mellan Region Skåne och kommun, och att förvaltningens mandat i samverkansforum är otydlig, vilket uppges ha bidragit till ökad komplexitet i samverkansarbetet.

3.2.3 Rehabilitering

Enligt HS-avtalet utgör rehabilitering en integrerad del av vårdprocessen och syftar till att hjälpa individen att uppnå bästa möjliga funktionsförmåga och självständighet. Ansvarig läkare ska säkerställa att rehabiliteringsbehov bedöms, och berörd personal ska initiera och planera insatser i samråd med den enskilde. Avtalet anger att det ska finnas en samordnad vård- och rehabiliteringsplan för personer med rehabiliteringsbehov. Kommunen ansvarar för rehabiliteringsinsatser i särskilt boende, bostäder med särskild service enligt LSS (Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade) eller SoL (Socialtjänstlagen (2025:400)), samt i ordinärt boende när personen inte själv eller med stöd kan ta del av Region Skånes rehabiliteringsverksamhet. Region Skåne ansvarar för rehabilitering i slutenvård och för personer i ordinärt boende som själva, eller med stöd, kan ta sig till Region Skånes verksamhet. Rehabilitering ska utföras i den miljö där behandlingen bedöms mest ändamålsenlig, utifrån patientens behov och situation. Avtalet tydliggör även ansvarsfördelningen vid boendeträning för personer som inte är utskrivningsklara, där Region Skåne har kostnadsansvar, samt för rehabiliteringsinsatser inom kommunal dagverksamhet enligt SoL, där kommunen ansvarar³⁴.

Rehabilitering lyfts som ett av de prioriterade utvecklingsområdena i den skånegemensamma aktivitets- och tidplanen 2024–2025. Ambitionen är att skapa en mer jämlik, kostnadseffektiv och sömlös rehabiliteringsprocess där individens behov står i centrum. Det konstateras att arbetet vilar på flera tidigare kunskapsunderlag, där det identifierats återkommande strukturella hinder såsom otydliga ansvarsförhållanden, frånvaro av rehabiliteringsplaner, bristande följsamhet till befintliga planer och avgiftssystemet som inte utgår från patientens perspektiv. För att möta dessa utmaningar framhålls i tidplanen att den gemensamma överenskommelsen om rehabilitering i Skåne ska revideras, och att ett antal konkreta insatser ska genomföras för att förbättra kvalitet och effektivitet i rehabiliteringskedjan³⁵.

Som en del i detta utvecklingsarbete har en kartläggning av utmaningar i rehabiliteringsflödet genomförts och återsammanställts till central tjänstemannaberedning. Av minnesanteckningar framgår att tre huvudsakliga hinder har identifierats: brister eller avsaknad av information vid överrapportering mellan vårdgivare, ineffektiv användning av resurser som påverkar möjligheten att säkerställa rätt kompetens, samt otydligheter i gränssnitt som försvårar en jämlik och sammanhållen vård. Därtill lyfts behov av ökad förståelse för hur remisser används, förbättrad dokumenthantering i Mina planer, samt åtgärder kopplade till den medicinska resursbristen i primärvården. Det beslutades att respektive aktör ska ta fram förslag på möjliga åtgärder utifrån dessa identifierade problemområden³⁶.

Det framgår vidare från verksamhetsberättelsen från vårdsamverkan Skåne 2024 att flera av de planerade aktiviteterna också omsatts i konkret arbete under året. Det beskrivs att den skånegemensamma

³⁴ Region Skåne och Kommunförbundet Skåne (2016). Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne 2016-01-19.

³⁵ Vårdsamverkan Skåne (2024). Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan Skåne 2024–2025.

³⁶ Vårdsamverkan Skåne (2023). Minnesanteckningar central tjänstemannaberedning 2023-10-30.



Samverkansgruppen för rehabilitering haft ett flertal möten, där man bland annat har slutfört och återrapporterat uppdraget kopplat till intyg vid ADL-bedömningar*. Det framgår också att ett nytt uppdrag har inletts för att ta fram rekommendationer gällande kognitiva bedömningar, i syfte att bättre anpassa dessa till Nära vård-kontexten. Vidare har resultatet från kartläggningen av rehabiliteringsflödet presenterats vid två digitala seminarier, vilket beskrivs ha bidragit till en fördjupad gemensam förståelse för rådande utmaningar. Det anges dessutom att ett arbete har påbörjats för att etablera regionala rehabiliteringsnätverk, med syftet att stärka samverkan, utveckla dialogen mellan aktörer och främja gemensam kompetensutveckling³⁷.

Rehabilitering utgör, i likhet med läkarmedverkan, ett prioriterat utvecklingsområde i de delregionala aktivitets- och tidplanerna. Arbetet syftar i grunden till att skapa mer sammanhållna och jämlika rehabiliteringsflöden mellan huvudmännen, med patienten i centrum, tydliga uppdrag och gemensamma arbetssätt som utgångspunkt. I nordväst lyfts särskilt målsättningen om ett sömlöst rehabiliteringsflöde med hög kvalitet, där en delregional arbetsgrupp för rehabilitering ska etableras i linje med den skånegemensamma samverkansstrukturen. Arbetet omfattar även inventering av rehabiliterande arbetssätt och utveckling av utbildningsinsatser för att stärka kompetens och samverkan³⁸. I sydväst planeras åtgärder utifrån en översyn av rehabiliteringsprocessen, med fokus på jämlikhet och kostnadseffektivitet. Här ingår även en kartläggning av behov och etablering av en delregional samverkansgrupp för rehabilitering som stöd för ett mer strukturerat utvecklingsarbete³⁹. I sydost ligger fokus initialt på att följa det arbete som bedrivs i den regionala samverkansgruppen, som grund för framtida delregional utveckling⁴⁰. Sammantaget visar planerna på en gemensam inriktning mot en stärkt samverkan, mer enhetliga arbetssätt och ökad jämlikhet i tillgången till rehabilitering i hela regionen.

De delregionala planerna följs även upp genom utvärderingar och årsrapporter, där dokumentationen visar hur rehabiliteringsarbetet drivits vidare i olika forum och vilka utvecklingsbehov som identifierats på delregional nivå. I Malmö har den delregionala samverkansgruppen för rehabilitering under 2024 följt arbetet inom den centrala samverkansgruppen och samtidigt uppmärksammat lokala initiativ och behov av kompetenshöjande insatser, bland annat kopplat till kognitiva utredningar och egenvård. MARTA-gruppen, som samlar arbetsterapeuter från Skånes universitetssjukhus i Malmö, Region Skåne och privata vårdcentraler samt kommunala representanter, har fortsatt utgöra ett forum för gemensam dialog. Under hösten 2024 inrättades även en motsvarande grupp för fysioterapeuter⁴¹. I årsrapporten för sydost framhålls att rehabiliteringsfrågor riskerar att hanteras i flera olika forum utan tydlig koppling till vårdssamverkansstrukturen, vilket kan skapa otydlighet och bristande helhet. För att möta detta har processledarna påbörjat en inventering av befintliga grupper och deras uppdrag. Den samlade bilden från

* ADL-bedömning handlar om att utvärdera en persons förmåga att utföra aktiviteter i det dagliga livet.

³⁷ Vårdsamverkan Skåne (2025). Verksamhetsberättelse Vårdsamverkan Skåne 2024.

³⁸ Vårdsamverkan Skåne. Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan Skåne 2022–2025 – tillämpning delregion nordvästra Skåne, version 2.0.

³⁹ Vårdsamverkan Skåne (2025). Delregional Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan sydväst 2024–2025.

⁴⁰ Vårdsamverkan Skåne (2024). Delregional plan för Vårdsamverkan Skåne delregion sydost.

⁴¹ Vårdsamverkan Skåne (2025). Årsrapport 2024 Vårdsamverkan delregion Malmö.



flera delregioner är att ett särskilt forum för rehabiliteringsfrågor på delregional nivå efterfrågas som ett komplement till den skånegemensamma strukturen⁴².

Även i de delregionala samverkansorganen har rehabiliteringsområdet fått ökat fokus, med flera arbetsgrupper som startats eller är under uppbyggnad. I nordväst etablerades under 2024 en särskild arbetsgrupp med syfte att samla relevanta aktörer och stärka det delregionala samarbetet inom området⁴³. Ett liknande arbete pågår i sydväst, där en bredare grupp för rehabilitering, hjälpmedel och habilitering håller på att formas under 2025. Gruppen ska inkludera både kommunala och regionala aktörer och har i uppdrag att driva aktiviteter utifrån aktivitets- och tidplanerna, bland annat genom att stärka rehabiliteringsprocesserna, arbeta förebyggande mot fallrisker och fungera som en länk till de skånegemensamma samverkansstrukturerna⁴⁴. Även i sydost har rehabilitering varit föremål för diskussion i den delregionala tjänstemannaberedningen. Där har en särskild arbetsgrupp tillsatts för att kartlägga brister i vårdflöden, analysera hur rehabiliteringsarbetet kan stärkas i vårdens övergångar samt tydliggöra gränsdragningen mellan rehabiliteringsområdet och samverkan vid utskrivning (SVU) spåret⁴⁵.

I de genomförda intervjuerna framhåller en majoritet av intervjupersonerna att samverkan kring rehabilitering har utvecklats positivt under de senaste åren. Ett viktigt steg som återkommande nämns är att de Skåneövergripande samverkansgrupperna nu är etablerade, samt att det på delregionala nivå har vuxit fram särskilda samverkansforum för rehabilitering. Flera intervjupersoner beskriver att rehabiliteringsfrågor har fått en mer strukturerad samverkansform, bland annat genom initiativ att skapa delregionala nätverk för råd och stöd. Det har gjorts med syftet att rehabiliteringspersonal inom respektive delregion ska kunna identifiera egna behov och utveckla insatser utifrån lokala förutsättningar. Samtidigt uppges området inte vara lika prioriterat som andra delar av vårdssamverkan, och flera beskriver rehabilitering som ett område där arbetet ännu befinner sig i ett tidigt skede. Insatserna beskrivs som fragmenterade och inte fullt ut samordnade mellan nivåerna. Från en patientförenings perspektiv framhålls att rehabilitering fungerar olika väl beroende på var i vårdkedjan patienten befinner sig. Kortvarig rehabilitering på sjukhus upplevs i regel fungera väl, medan den långsiktiga rehabiliteringen lyfts som betydligt mer utmanande. Det framkommer även att flera kommuner uppges överväga eller redan har infört rollen som medicinsk ansvarig för rehabilitering i syfte att skapa tydligare ansvar och stärka styrningen på områden. Samtidigt framhålls att resurser inom rehabiliteringsprofessionerna är en bristvara, vilket påverkar både tillgänglighet och kvalitet i insatserna.

3.2.4 Habilitering

Enligt HS-avtalet regleras ansvarsfördelning och samverkan avseende habilitering genom särskilda överenskommelser mellan Region Skåne och kommunerna. Centrala styrdokument är Överenskommelse om habilitering i Skåne samt Tillämpningen i Region Skåne och kommunerna i Skåne av Socialstyrelsens föreskrift om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2008:20). Dessa dokument

⁴² Vårdsamverkan Skåne (2025). Årsrapport 2024 Vårdsamverkan Delregion Sydost.

⁴³ Vårdsamverkan Skåne (2024). Minnesanteckningar delregionalt samverkansorgan nordväst 2024-11-15.

⁴⁴ Vårdsamverkan Skåne (2025). Mötesanteckningar samverkansforum Nära vård och HS avtalet sydväst 2025-05-22.

⁴⁵ Vårdsamverkan Skåne (2024). Mötesanteckningar delregional tjänstemannaberedning SO 2024-10-04.



utgör bilagor till HS-avtalet och tydliggör hur huvudmännen gemensamt ska samverka för att säkerställa ändamålsenliga habiliteringsinsatser ⁴⁶.

Sedan föregående granskning har arbetet med att utveckla habiliteringsinsatser i Skåne samordnats inom ramen för den nyinrättade skånegemensamma samverkansgruppen för habilitering. Gruppen etablerades 2024 och har haft tre protokollförda möten under året, med huvuduppdrag att genomföra en översyn av den tidigare överenskommelsen om habilitering från 2009, som utgör en bilaga till HS-avtalet. Parallellt har planering skett inför implementering av en reviderad överenskommelse, i syfte att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och stärka det gemensamma arbetet kring personer med varaktiga funktionsnedsättningar⁴⁷. Under året fastställdes en ny skånegemensam överenskommelse om samarbete gällande habilitering mellan Region Skåne och Skånes kommuner. Med syftet att skapa mer likvärdiga förutsättningar för god och jämlik vård för målgruppen, och att stärka samverkan mellan kommunala och regionala aktörer. I dokumentet klargörs respektive huvudmans ansvar: Region Skåne ansvarar för att erbjuda teambaserade habiliteringsinsatser utförda av legitimerade personal, i nära samarbete med både individen och kommunen personal, samt att svara för kompetensutveckling av egna medarbetare. Kommunerna ansvarar i sin tur bland annat för att habiliteringsinsatserna förankras i det vardagliga stödet, såsom i bostäder med särskild service eller inom daglig verksamhet, samt för att säkerställa kompetensutveckling inom området funktionsnedsättning ⁴⁸. Implementeringen av överenskommelsen har följts upp i samverkansgruppen, där det beskrivs att vissa kommuner har uttryckt invändningar mot specifika formuleringar i överenskommelsen, och att det finns svårigheter att nå samsyn kring tolkningen av vissa delar. För att underlätta det praktiska genomförandet har alternativa formuleringar diskuterats och en eventuell revidering av dokumentet lyfts som en möjlig åtgärd⁴⁹.

Habilitering är ett område som det finns begränsad dokumentation om på delregional och regional nivå, därtill nämns det inte frekvent i de genomförda intervjuerna, men när det nämns beskrivs det som ett område där vissa strukturella förändringar har genomförts under de senaste åren. Det lyfts att en växande andel av patientgruppen idag har en autismdiagnos, vilket har lett till förändrade arbetssätt, kompetenshöjning och fler riktade insatser, exempelvis psykoedukation och gruppbehandlingar. En central förändring som lyfts är att habilitering och psykiatri numera arbetar med integrerat. Genom så kallade fiktiva mottagningar kan patienter få en gemensam vårdplan, vilket skapar en mer sammanhållen vård för patienter i behov av flera verksamheter. Arbetetsättet beskrivs ha haft en särskilt god effekt för barn och unga. Det som nämns återkommande är att det nya avtalet för habilitering har tagits fram, vilket upplevs skapa bättre förutsättningar för samordning mellan vårdgivare och kommuner samt ett tydligare gemensamt ramverk för arbetet. Samtidigt beskrivs habilitering som ett mindre prioriterat område i det löpande samverkansarbetet. Få konkreta åtgärder utöver det nya avtalet lyfts fram, och området uppfattas inte vara lika centralt i vårdssamverkan.

⁴⁶ Region Skåne och Kommunförbundet Skåne (2016). Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne 2016-01-19.

⁴⁷ Vårdssamverkan Skåne (2025). Verksamhetsberättelse Vårdssamverkan Skåne 2024.

⁴⁸ Vårdssamverkan Skåne (2024). Överenskommelse om samarbete gällande habilitering i Skåne 2024-06-12.

⁴⁹ Vårdssamverkan Skåne (2025). Skånegemensam samverkansgrupp Habilitering Minnesanteckningar 2025-05-06.



3.2.5 Åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning

Enligt HS-avtalet regleras samarbetet kring personer med psykiska funktionsnedsättningar genom en ramöverenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna. Varje kommun ska teckna lokala överenskommelser med Region Skåne utifrån denna ram, som även omfattar barn och ungdomar med risk för psykisk ohälsa. Överenskommelsen syftar till att säkerställa samordnade och långsiktiga insatser för målgruppen⁵⁰. Region Skåne har tillsammans med kommunerna tagit fram dessa ramöverenskommelser, exempelvis har en ramöverenskommelse tecknats 2021 och uppdaterats 2023 med Region Skåne och de tio nordvästskånska kommunerna som fastställer parternas gemensamma avsikt att bedriva och utveckla samarbete för att tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgrupperna⁵¹.

Sedan den föregående granskningen har en handlingsplan för psykisk hälsa och suicidprevention 2024–2025 tagits fram inom ramen för skånegemensam Samverkansgrupp Psykiatri och bygger på ramöverenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna. Handlingsplanen omfattar fyra målgrupper: barn med eller i risk för psykisk ohälsa, barn och unga som vårdas utanför hemmet, personer med psykisk funktionsnedsättning samt personer med beroendeproblematik. Planen anger gemensamma utvecklingsområden såsom kroppslig hälsa, samsjuklighet, integrerade arbetssätt och suicidprevention. För varje område anges kortsiktiga mål, planerade aktiviteter och mätbara indikatorer. Exempelvis betonas behovet av fler hälsoundersökningar för personer med psykisk funktionsnedsättning, utvecklat arbete kring samsjuklighet samt fortsatt implementering av suicidpreventiva insatser. Planen betonar också SIP som ett centralt verktyg för samordning, samt särskilda insatser för barn och unga, bland annat utvecklingen av en samlad ingång till vård och stöd⁵². Handlingsplanen utgör därmed ett gemensamt styr- och uppföljningsverktyg för utvecklingen av arbetet med psykisk hälsa i Skåne.

Arbetet har även bedrivits inom samverkansforum. Av vårdsamverkan Skånes verksamhetsberättelse för 2024 framgår att samverkansgruppen psykiatri har haft ett flertal möten under året. Fokus har legat på hanteringen av de länsgemensamma medlen inom ramen för den statliga överenskommelsen om psykisk hälsa och suicidprevention. Det beskrivs att gruppen bedrivit arbete inom flera tematiska utskott, bland annat barn och unga, suicidprevention samt skadligt bruk och beroende. Utskottet för barn och unga har ombildats och etablerats som en egen skånegemensam samverkansgrupp. Det framgår även att en enkätundersökning om SIP för barn och unga genomförts, samt att utbildningsinsatser inom integrerade arbetssätt och första hjälpen psykisk hälsa genomförts under året⁵³.

På delregional nivå konkretiseras arbetet med psykisk hälsa genom ett fokus på hälsofrämjande insatser, tidig identifiering av behov och utvecklade samverkansstrukturer mellan kommuner, primärvård och psykiatri. Aktivitets- och tidplanerna lyfter både förebyggande åtgärder och riktade satsningar för personer med psykisk funktionsnedsättning. I sydost prioriteras det förebyggande arbetet, inklusive psykisk hälsa,

⁵⁰ Region Skåne och Kommunförbundet Skåne (2016). Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne 2016-01-19.

⁵¹ Vårdsamverkan Skåne (2023). Lokalt överenskommelse Lokalt samråd psykiatri nordväst.

⁵² Vårdsamverkan Skåne (2024). Skånes länsgemensamma handlingsplan psykisk hälsa och suicidprevention 2024–2025.

⁵³ Vårdsamverkan Skåne (2025). Verksamhetsberättelse Vårdsamverkan Skåne 2024.



ensamhet och suicidpreventiva insatser. Här genomförs inventeringar av pågående initiativ inom exempelvis LSS, levnadsvanor och rehabilitering, samt av behovet av kompetensutveckling inom psykiatri och äldrepsykiatri. Resultaten ska ligga till grund för gemensamma arbetssätt och en plan för långsiktigt kompetensutbyte⁵⁴. I nordväst är fokus särskilt riktat mot hälsosamtal för personer med psykosjukdom, bipolär sjukdom, utvecklingsstörning och flerfunktionshinder. Verksamhetsansvariga inom psykiatrin har ansvar för att säkerställa lokala rutiner för identifiering, kallelse och erbjudande av hälsosamtal i samverkan mellan kommunal och regional primärvård⁵⁵. I sydväst ligger tyngdpunkten på att stärka samverkan kring barn, unga och vuxna med psykisk ohälsa, i anslutning till den lokala överenskommelsen om psykisk hälsa och suicidprevention. En delregional samordnare ansvarar för uppföljning av vägledande rutiner och handlingsplaner för suicidprevention, medan riktade insatser inom LSS kompletterar arbetet⁵⁶. Dessutom utvecklas Flexible Assertive Community Treatment (FACT) team för personer med allvarlig psykisk ohälsa, med syfte att skapa mer flexibla och samordnade vårdinsatser som kan förebygga sjukhusinläggningar⁵⁷.

Uppföljningen av de delregionala aktivitets- och tidplanerna visar att arbetet med psykisk hälsa har intensifierats. Fokus ligger på att stärka samordningen mellan kommuner, primärvård, psykiatri och andra aktörer, med särskild betoning på tidiga insatser, återhämtningsinriktade arbetssätt och stöd till prioriterade målgrupper. I flera delregioner har detta skett genom riktade utbildningsinsatser, utvecklade mötesstrukturer och etablering av nya vårdmodeller. I nordväst framhålls att SVU-processen generellt fungerar väl, även om upplevelserna skiljer sig något mellan verksamheterna. SIP-utbildningar har genomförts i stor utsträckning och både antalet och kvaliteten på SIP bedöms ha ökat, vilket stärkt samordningen kring patienterna⁵⁸. Även i sydväst har utbildningsinsatser varit en viktig del av arbetet. Barn- och ungdomspsykiatrin har samordnat och genomfört SIP-utbildningar riktade till personal inom socialtjänst, elevhälsa och hälso- och sjukvård. Under 2024 har kompetensutvecklingen inom psykisk hälsa och suicidprevention fortsatt, med syfte att ytterligare fördjupa samverkan mellan aktörerna⁵⁹. I delregion Malmö har utvecklingen gått mot mer integrerade och flexibla arbetssätt. Etableringen av FACT-team har bidragit till att samordna insatser för personer med psykosjukdom genom multiprofessionella team från både psykiatrin och kommunen. Samverkan mellan vuxenpsykiatrin och medicinsk elevhälsa har stärkts för att tidigt kunna identifiera och stötta barn vars vårdnadshavare har kontakt med psykiatrin⁶¹. Vid sidan av detta har IPS-metoden (individpassat stöd till arbete) vidareutvecklats, vilket lett till att fler personer med psykisk ohälsa och neuropsykiatriska svårigheter kommit i arbete eller studier. Arbetet kring unga med opioidberoende har också förstärkts i samverkan med Region Skånes Läkemedelsmottagning, och under

⁵⁴ Vårdsamverkan Skåne (2023). Delregional plan för Vårdsamverkan Skåne delregion sydost.

⁵⁵ Vårdsamverkan Skåne. Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan Skåne 2022–2025 – tillämpning delregion nordvästra Skåne, version 2.0.

⁵⁶ Vårdsamverkan Skåne (2025). Delregional Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan sydväst 2024–2025.

⁵⁷ Vårdsamverkan Skåne (2025). Delregional aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan sydväst 2025.

⁵⁸ Vårdsamverkan Skåne (2025). Utvärdering Delregional aktivitets- och tidplan nordväst 2024.

⁵⁹ Vårdsamverkan Skåne (2024). Verksamhetsberättelse Vårdsamverkan Skåne 2023.

⁶⁰ Vårdsamverkan Skåne (2025). Årsrapport sydvästra Skåne 2024 Vårdsamverkan Nära vård

⁶¹ Vårdsamverkan Skåne (2024). Verksamhetsberättelse Vårdsamverkan Skåne 2023.



2024 inleddes pilotprojektet FACT ung för barn och unga med omfattande vårdbehov⁶². I nordost har samarbetet Sirius varit en viktig drivkraft för utvecklingen, där gemensamma projekt kopplade till överenskommelsen om psykisk hälsa, som Childcheck*, FACT och MHFA (första hjälpen psykisk hälsa), har genomförts för att stärka det förebyggande och återhämtningsinriktade arbetet.⁶³ I sydost har arbetet i stället fokuserat på att förbättra samverkan kring patientgrupper inom psykiatri genom nya mötesstrukturer med öppenvårdsmottagningarna, tydligare kontaktvägar och ökat erfarenhetsutbyte mellan psykiatrisamordnare och primärvårdens aktörer. Samtidigt framgår att denna struktur ännu inte utnyttjats fullt ut, vilket pekar på ett fortsatt utvecklingsbehov⁶⁴.

Därtill har ett antal beslut och överenskommelser fattats på delregional nivå för att stärka samverkan kring personer med psykisk ohälsa och psykisk funktionsnedsättning. I nordväst har en lokal överenskommelse mellan Region Skåne och de tio kommunerna fastställts, med målet att skapa en gemensam samsyn kring bland annat samsjuklighetsutredningen, den nya socialtjänstlagen och suicidprevention. En central prioritet är att säkerställa att personer med psykisk funktionsnedsättning, missbruk eller beroende får regelbundna hälsoundersökningar, då denna grupp löper särskild risk för somatisk ohälsa och bristande vårdtillgång⁶⁵. I sydväst syftar den lokala överenskommelsen om psykisk hälsa och suicidprevention till att stärka samarbetet mellan kommuner och region kring vård, stöd och behandling för personer med psykisk ohälsa och samsjuklighet. Handlings- och aktivitetsplanen 2023–2025 anger konkreta utvecklingsområden som ökat individinflytande, SIP, tidiga samordnade insatser, suicidprevention och kunskapsstyrning, med målet att öka kvalitet, tillgänglighet och helhetssyn i vården⁶⁶. Som en del av detta arbete har en vägledande rutin tagits fram för riktade hälsoundersökningar för vuxna inom LSS med insatser i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen, särskilt riktad till personer med psykossjukdom, bipolär sjukdom och utvecklingsstörning, i syfte att stärka den somatiska hälsan och förebygga ohälsa⁶⁷. Ämnet har även diskuterats i de delregionala samverkansorganen. I sydost lyftes behovet av ökad kunskap och tydligare strukturer för hur psykiatri kan integreras bättre i vårdssamverkansarbetet. Kommuner och vårdcentraler beskrev en växande målgrupp med psykisk ohälsa och svårigheter att arbeta proaktivt när insatser ofta sätts in sent. Suicidpreventivt arbete och samordning kring så kallade fokuspatienter, personer som rör sig mellan psykiatri, primärvården och kommunen, identifierades som särskilt viktiga utvecklingsområden⁶⁸.

Arbetet med personer med psykisk funktionsnedsättning pågår även inom Region Skåne, i verksamhetsplan och budget för 2025 framhålls att personer med psykisk funktionsnedsättning generellt har sämre fysisk hälsa, kortare medellivslängd och lägre livskvalitet än befolkningen i stort. Därför lyfts behov av fortsatta

⁶² Vårdssamverkan Skåne (2025). Årsrapport 2024 Vårdssamverkan delregion Malmö.

* Childcheck innebär att alla vuxna patienter som besöker akuten tillfrågas rutinmässigt om det finns barn i deras hushåll.

⁶³ Vårdssamverkan Skåne (2024). Verksamhetsberättelse Vårdssamverkan Skåne 2023.

⁶⁴ Vårdssamverkan Skåne (2025). Årsrapport 2024 Vårdssamverkan Delregion sydost.

⁶⁵ Vårdssamverkan Skåne (2025). Delregional samverkan 250526. Prioriterade områden inom psykiatrisamverkan delregion nordväst.

⁶⁶ Vårdssamverkan Skåne (2023). Lokal överenskommelse psykisk hälsa och suicidprevention Skånes sydvästra kommuner.

⁶⁷ Vårdssamverkan Skåne (2024). Riktade hälsoundersökningar för vuxna patienter/brukare inom LSS med HSL insats.

⁶⁸ Vårdssamverkan Skåne (2023). Minnesanteckningar operativ arbetsgrupp Vårdssamverkan sydost 2023-11-20.



insatser i hela vårdkedjan för att säkerställa att målgruppen nås av vård och behandling. Arbetet omfattar bland annat utveckling av brukarstyrda inläggningar, mobila team, mellanvårdsformer och digitala verktyg för att bättre möta patienternas behov och öka tillgängligheten till psykiatrisk vård i Skåne⁶⁹.

I den genomförda intervjustudien beskrivs att samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning mellan Region Skåne och kommunerna har stärkts, framför allt genom etablerandet av mer strukturerade samverkansrutiner. Mini-Mariorna och FACT-teamen lyfts fram som centrala arbetssätt som möjliggöra flexibla och intensiva insatser för patienter med samordnade behov. Arbetet upplevs ha bidragit till förbättrad samverkan, särskilt inom öppenvården. Samtidigt framhålls att skillnaderna mellan kommunerna är stora. Vissa kommuner deltar i aktivt i samverkansarbetet, medan andra dragit sig tillbaka, ofta av ekonomiska skäl. Detta beskrivs leda till en mer fragmenterad vård för vissa grupper. Fler intervjupersoner pekar även på geografiska skillnader i bemanning, där större orter som Malmö och Lund har stabilare tillgång till psykiatrisk kompetens än mindre orter i exempelvis nordöstra Skåne.

Ett återkommande tema i intervjuerna är bilden av primärvårdens begränsade ansvarstagande inom området psykisk hälsa. Flera respondenter beskriver att primärvården i vissa områden inte uppfyller målen för läkarbesök och i praktiken försöker undvika psykiatridelen av sitt uppdrag. Vilket beskrivs förstärka skillnaderna i vårdtillgång och ökar trycket på psykiatrin, samtidigt som det försvårar samordningen med kommunerna. Ett flertal intervjupersoner lyfter även fram riktade hälsosamtal som ett viktigt utvecklingsområde. I vissa delregioner finns etablerade arbetssätt för hälsoundersökningar för personer på LSS-boende, vilket beskrivs ha inneburit ett lyft för målgruppen. Samtidigt framkommer att det finns en separat struktur för samverkan inom psykiatrin. Psykiatrifrågorna hanteras i en egen gren av vårdssamverkan, vilket å ena sidan möjliggör fördjupat fokus, men å andra sidan skapar parallella strukturer och försvårar samordning med övrig vård. Styrningen inom området beskrivs som komplext och ansvaret upplevs ofta som splittrat mellan flera aktörer. Flera intervjupersoner efterfrågar därför en bättre integration av frågorna i den ordinarie samverkansstrukturen.

3.2.6 Egenvård

HS-avtalet hänvisar till Socialstyrelsens föreskrift Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6), som gäller för verksamheter enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Kommuner och Region Skåne har gemensamma rutiner för samarbete kring egenvård, vilka ska uppdateras vid förändringar i föreskrifter eller lagstiftning. Rutinerna ska säkerställa att bedömning, genomförande och uppföljning av egenvårdsinsatser sker på ett ändamålsenligt och patientsäkert sätt⁷⁰.

Sedan den föregående granskningen har en skånegemensam rutin för egenvårdsbedömning tagits fram inom ramen för vårdssamverkan Skåne. Rutinen, som gäller för både Region Skåne och kommunerna i Skåne, har utarbetats av en regional arbetsgrupp med representanter från båda huvudmännen. Det framhålls att dokumentet ska fungera som ett gemensamt stöd för verksamheterna och tydliggöra ansvarsfördelning, arbetsprocesser och dokumentation i samband med bedömning av egenvård. Rutinen omfattar både vad

⁶⁹ Region Skåne (2025). Verksamhetsplan och budget 2025 med plan för 2026–2027.

⁷⁰ Region Skåne och Kommunförbundet Skåne (2016). Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne 2016-01-19.



som ska betraktas som egenvård samt vilka bedömningar och överenskommelser som krävs för att egenvård ska kunna genomföras på ett säkert sätt. För att underlätta tillämpningen i praktiken innehåller dokumentet även bilagor med mallar och konkreta exempel⁷¹.

Egenvård är inte ett framträdande område i de delregionala dokumenten, men där det lyfts identifieras det som ett område med behov av utveckling och tydligare strukturer. I Malmö har frågan diskuterats i samverkansforum, där det framkommit behov av att specificera var i processen bristerna uppstår och vilka åtgärder som krävs för att stärka arbetet⁷². I sydost finns ett uttalat mål om att inventera behovet av kompetensutveckling inom området och ta fram en plan för kompetensutbyte över tid⁷³. Inom Region Skåne framgår att egenvård lyfts i samband med Förändrings- och genomförandeplanen för framtidens hälsosystem 2023–2026, där frågor om organisering och styrning av akutsjukvård i relation till primärvård, sjukhus och egenvård diskuteras. Egenvård nämns även inom ramen för det pågående digitaliseringsarbetet, med fokus på att skapa översikter där invånare och patienter kan följa bland annat egenvård. Målet är att all relevant information ska finnas tillgänglig för patienten⁷⁴.

Bilden av att egenvård inte är ett prioriterat område i arbetet med HS-avtalet bekräftas av de genomförda intervjuerna, en majoritet av intervjupersonerna kommenterar inte området, vilket i sig kan framstå som att frågan inte står i fokus i den praktiska samverkan eller upplevs som ett mindre prioriterat utvecklingsområde. Ett fåtal nämner att en egenvårdrutin har tagits fram, och beskriver att egenvård är något som främst kommunerna ansvarar för. En intervjuad patientföreträdare framhåller att Region Skåne hållning till egenvård och hjälpmedel har blivit mer restriktiv, vilket särskilt påverkar personer med varaktiga funktionsnedsättningar. Därtill framkommer att kommunerna tar ut avgifter för hjälpmedel, vilket leder till en ökad ekonomisk belastning för personer med omfattande behov. Det beskrivs även skapa både ekonomiska och organisatoriska utmaningar som kan bidra till ojämlikhet i tillgång till hjälpmedel mellan olika kommuner.

3.3 Uppföljning

Den tidigare granskningen visade att Region Skåne och kommunerna saknade en tillräckligt systematisk och ändamålsenlig uppföljning av hälso- och sjukvårdsavtalets tillämpning. För att stärka styrningen och säkerställa att arbetet med Nära vård utvecklas enligt avtalets intentioner lämnades fyra rekommendationer till hälso- och sjukvårdsnämnden. Dessa avsåg behovet av tydliga förutsättningar, mål och indikatorer för en strukturerad uppföljning ur patient- och brukarperspektiv, samt anvisningar för hur resultat ska bedömas och hanteras vid bristande måluppfyllelse. Nämnden rekommenderades även att införa löpande uppföljning av effekter och fastställa ändamålsenliga nyckeltal för både vårdtagare och verksamhet. HS-avtalet anger att syftet med uppföljningen är att synliggöra samlade effekter, ge underlag för gemensam analys och skapa möjlighet till anpassning av utvecklingsarbetet. En gemensam uppföljningsplan ska styra vad som följs upp, på vilket sätt och hur ofta, med indikatorer och datainsamling fastställda av centralt samverkansorgan inför varje verksamhetsår. Uppföljningen ska minst omfatta

⁷¹ Vårdsamverkan Skåne (2024). Skånegemensam rutin för egenvårdsbedömning.

⁷² Vårdsamverkan Skåne (2025). Minnesanteckning samverkansform Nära vård och HS-avtalet 250910.

⁷³ Vårdsamverkan Skåne (2023). Delregional plan för Vårdsamverkan Skåne delregion sydost.

⁷⁴ Region Skåne. Regions Skånes Delårsrapport januari-augusti 2024.



områdena måluppfyllelse, patient- och brukarperspektiv, anhörig- och närståendeperspektiv, verksamhets- och medarbetarperspektiv samt ett ekonomiskt perspektiv. Förutom parternas egen uppföljning kan externa resurser knytas till arbetet för att utvärdera processer och effekter⁷⁵.

Enligt dokumentet uppdragsbeskrivning, ramverk och utvecklingsarbete för uppföljning av god och nära vård i vårdsamverkan, fastställs en gemensam modell för uppföljning och analys av utveckling mot god och nära vård. Det anges att uppdraget tar sin utgångspunkt i HS-avtalet. Det uttrycks vidare att gemensam löpande uppföljning är en förutsättning för att kunna bedöma följsamhet till avtalet och progression mot målbilden. Arbetet omfattar bland annat att ta fram indikatorer, processer för datainsamling och en modell för visualisering. Det framhålls att man strävar efter att undvika manuell hantering och i stället koppla uppföljningen till befintliga system. Det framhålls även att uppföljningen ska inkludera både hälso- och sjukvård, förebyggande arbete samt patienters synpunkter⁷⁶. Dokumentet kan ses som en gemensam uppföljningsplan för vad som ska följas upp samt hur det ska genomföras.

Därutöver har det under våren 2025 av Region Skåne och länets kommuner tagits fram den första gemensamma uppföljningsrapporten inom området. Rapporten syftar till att följa upp indikatorer kopplade till omställningen till en god och nära vård och utgör samtidigt ett första steg mot en mer systematisk uppföljning inom området. Det beskrivs att arbetet vilar på tre grundpelare: HS-avtalet, den nationella överenskommelsen om god och nära vård samt Region Skånes interna utvecklingsarbete inom framtidens hälsosystem. I rapporten presenteras både ett urval av indikatorer och en föreslagen modell för fortsatt uppföljning, baserad på nationell statistik. Det framhålls att rapporten ska bidra till gemensam analys, återkoppling och prioritering. Resultatet visas på länsnivå och omfattar bland annat tillgång till medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvården, brukarundersökningar inom äldreomsorgen samt patientupplevd kvalitet avseende bemötande och kontinuitet. Av delrapporten framgår också att ett kontinuerligt arbete pågår för att vidareutveckla uppföljningen. Arbetsgruppen har initierat flera kommande steg, däribland framtagandet av ett årshjul, förbättrade förutsättningar för gemensam visualisering och en översyn av indikatorer för att bättre spegla omställningsarbetet. Det anges också att möjligheten att inkludera data från Mina planer i uppföljningen ska undersökas⁷⁷. Däremot omfattar rapporten främst delar av omställningsarbetet och ger därmed inte en heltäckande bild av uppföljningen av HS-avtalet i sin helhet.

Utöver detta, kan det utifrån genomförd dokumentstudie konstateras att den skånegemensamma aktivitets- och tidplanen fungerar som ett centralt styrdokument för både genomförande och uppföljning av delar av HS-avtalets intentioner. Planen anger prioriterade arbetsområden, aktiviteter, ansvarsfördelning, tidplan och uppföljning. För varje område framgår vilka grupper eller nivåer som ansvarar för genomförande och uppföljning. Varje delregion har därefter tagit fram egna aktivitetsplaner som bygger på den gemensamma planen med anpassningar efter lokala förutsättningar och mål. Dessa

⁷⁵ Region Skåne och kommunförbundet Skåne (2016). Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne 2016-01-19.

⁷⁶ Vårdsamverkan Skåne. Uppdragsbeskrivning, Ramverk och utvecklingsarbete för uppföljning av God och nära vård i vårdsamverkan.

⁷⁷ Vårdsamverkan Skåne (2025). Ramverk lärande uppföljning och analys Nära Vård – Vårdsamverkan Skåne Delrapport Gemensamma uppföljning



planer har kompletterats av årsrapporter eller verksamhetsberättelser som återger hur aktiviteterna genomförts och vilka resultat som uppnått. Tillsammans utgör dessa en samlad struktur för uppföljning och analys av områden i HS-avtalet.

Dessutom har flera uppföljningsinsatser tagits fram inom olika sakområden som regleras eller berörs av HS-avtalet. I den regionala införandeplanen för mobila team närsjukvård 2024–2025 framhålls att införandet ska följas upp löpande med fokus på att minska ej värdeskapande vårdkontakter, särskilt sjukhusbesök och akutmottagningar. Uppföljningen ska omfatta patientupplevelser, resursanvändning och eventuella effekter av vårdformen. Arbetet inkluderar framtagandet av relevanta uppföljningsparametrar och målet är att registrering och datafångst ska ske så automatiserat som möjligt. Ett särskilt Skåneövergripande stödmaterial planerades tas fram våren 2024 för att underlätta arbetet. Parallellt genomförs ett forskningsprojekt i samarbete med Ekonomihögskolan i Lund, vilket inkluderar kvantitativa och kvalitativa data från patienter, närstående, professionen och styrgruppen⁷⁸. Ytterligare exempel återfinns i minnesanteckningar från skånegemensam samverkansgrupp Habilitering, där det anges att uppföljning av den nya överenskommelsen om habilitering ska ske delregionalt. Det har fastställts att införandet ska vara en stående punkt vid möten i samverkansgruppen, med rapportering från respektive delregion⁷⁹. Således finns fastställda planer för uppföljning, men det framkommer inte att uppföljningen ännu bedrivs fullt ut enligt dessa. Arbetet framställs vara initierat men fortfarande under utveckling.

HS-avtalet har även vid upprepade tillfällen varit uppe på dagordningen i samverkansorgan. Centralt samverkansorgan har under 2023 initierat ett arbete för att ta fram underlag inför en eventuell revidering av HS-avtalet. En enkätundersökning genomfördes bland delregionerna, kompletterad med dokumenterade dialoger. Resultatet visar behov på redaktionella justeringar i förhållande till lagstiftning och styrdokument, men inte avseende ansvarsfördelningen eller avtalets övergripande intention. Beredningsgruppen har fått uppdrag att fördjupa analysen med övriga synpunkter. Det framgår att centralt samverkansorgan ställt sig bakom inriktningen och fortsatt arbete planeras under 2025⁸⁰. De ansvariga nämnderna får därmed löpande information om arbetet och uppföljningen av avtalet genom sin representation i det centrala samverkansorganet och i de delregionala samverkansorganen. Genom dessa forum återkopplas status på genomförda insatser, identifierade utmaningar och eventuella behov i respektive organisation. Således kan det konstateras att uppföljningen av delar som rör HS-avtalet har utvecklats mot en mer strukturerad modell på regional nivå. Aktivitets- och tidplanerna samt den gemensamma uppföljningsrapporten markerar steg mot en mer indikatorbaserad och samordnad uppföljning, med ambitionen att stärka styrning och utveckling i linje med avtalets intentioner.

Det kan även på delregional nivå konstateras att en uppföljning av delar av HS-avtalet genomförs. Varje delregion följer upp de prioriterade områdena i aktivitets- och tidplanen, vilket innebär en återkommande genomgång av hur arbetet har fortskridit i förhållande till planerade aktiviteter och mål. Uppföljningen bidrar till att ge en samlad bild av utvecklingen inom respektive område och fungerar som ett underlag för

⁷⁸ Vårdsamverkan Skåne (2024). Införandeplan mobila team närsjukvård i Skåne, 2024–2025: En sammanhållen vårdform där primärvården är navet i samverkan med övriga vårdgivare.

⁷⁹ Vårdsamverkan Skåne (2024). Skånegemensam samverkansgrupp Habilitering minnesanteckningar 2024-11-21.

⁸⁰ Vårdsamverkan Skåne (2025). Ramverk lärande uppföljning och analys Nära Vård – Vårdsamverkan Skåne Delrapport Gemensamma uppföljning



fortsatt styrning, prioritering och samverkan mellan huvudmännen. Därtill följs delar av HS-avtalet upp i såväl hälso- och sjukvårdsnämndens som primärvårdsnämndens verksamhetsberättelse. Kompletterande uppföljning sker i Region Skånes patientsäkerhetsberättelse. Uppföljningen i de olika dokumenten på både nämndnivå eller inom vårdssamverkan Skåne avser i huvudsak samma delar av avtalet och presenterar till stor del samma information.

Uppföljningen av HS-avtalet beskrivs av en majoritet av intervjupersoner som ett mindre utvecklat och splittrat område som i stort är oförändrat sedan den tidigare granskningen. Det framhålls sakna en tydlig, gemensam struktur och det upplevs oklart vem som bär det övergripande ansvaret. Arbetet bedrivs i högre grad genom dialog snarare än genom en systematisk uppföljningsprocess. Ett fåtal respondenter lyfter fram ett pågående arbete inom den centrala tjänstemannaberedningen med att ta fram ett gemensamt ramverk för uppföljning, med stöd från SKR. Ambitionen beskrivs vara att skapa en dashboard med gemensamma indikatorer som kan användas av både Region Skåne och kommuner. Arbetet befinner sig dock i ett tidigt skede och beskrivs ännu inte ha påverkat det praktiska arbetet i någon större utsträckning. Vidare beskrivs aktivitets- och tidplanerna som en form av utvärdering av prioriterade aktiviteter. Det framhålls däremot att de indikatorer som används idag är få och huvudsakligen administrativa, framför allt hemtagningstid och återinläggningar bland äldre patienter. Även SIP följs upp, men fokus har legat på kvantitet snarare än kvalitet. Dessa beskrivs användas i aktivitets- och tidplaner, men flera intervjupersoner efterfrågar mer relevanta mått som bättre speglar patienternas faktiska situation och vårdens resultat.

Därtill framkommer i de genomförda intervjuerna en skillnad mellan den delregionala och den regionala nivån. På delregional nivå upplevs uppföljningen vara mer konkret, med processledare som håller ihop arbetet och bidrar till en bättre samordning. På regional nivå upplevs däremot beslutsvägarna som långsamma och ansvarsfördelningen mer oklar. Ett återkommande hinder som lyfts fram är bristen på gemensamma informationssystem mellan Region Skåne och kommuner. Skillnader i journalsystem, sekretessregler och tekniska förutsättningar försvårar datadelning och gemensam analys. Det beskrivs även finnas variationer mellan kommuner, där vissa utvecklat egna strukturer och indikatorer, medan andra i praktiken inte följer upp mer än det nödvändigaste. När det gäller uppföljning för patienter och närstående saknas det i stor utsträckning. En majoritet känner inte till att det sker. Även om det beskrivs att patientföreträdare deltar i vissa forum är deras perspektiv inte integrerat i uppföljningsarbetet. Samtidigt framhåller representanter från psykiatri att brukarmedverkan i deras förvaltning är väl etablerat. Patient- och brukarorganisationer deltar löpande i utvecklingsarbetet, och det finns etablerade inflytanderåd och anställda peer supportrar som bidrar i arbetet.



4 Samlad bedömning

Sironas samlade bedömning är att Region Skåne endast delvis har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av revisorernas rekommendationer. Sedan den tidigare granskningen har Region Skåne genomfört flera viktiga utvecklingsinsatser för att stärka efterlevnaden av hälso- och sjukvårdsavtalet. Arbetet inom vårdsamverkan Skåne har strukturerats och förtydligats genom införandet av en gemensam processledarorganisation. Detta har bidragit till ökad samordning mellan Region Skåne och länets kommuner och en förbättrad dialog mellan huvudmännen. Vidare har de gemensamma aktivitets- och tidplanerna lagt grunden för att styra arbetet mot en mer sammanhållen och nära vård, och en första gemensam uppföljningsrapport har publicerats. Dessa insatser har lagt grunden för ett mer enhetligt och långsiktigt samverkansarbete. Samtidigt kvarstår brister inom flera centrala områden. Ansvarsfördelningen mellan nivåer och aktörer är ännu inte fullt ut tydlig, uppföljningen inte tillräckligt omfattande och patientperspektivet inte tillräckligt integrerat. Variationer i genomförande och prioritering mellan delregioner påverkar likvärdigheten, och flera utvecklingsområden har ännu inte fått fullt genomslag. *Sammantaget bedöms därför Region Skånes involverade nämnders verksamheter inte vara helt ändamålsenliga i förhållande till HS-avtalets intentioner och Region Skånes ansvar, även om Region Skåne bedöms vara på väg att uppfylla dessa intentioner genom de strukturella förbättringar som inletts.*

När det gäller läkarmedverkan har satsningen på mobila närsjukvårdsteam inneburit ett viktigt steg mot en mer sammanhållen och tillgänglig vård. Teamen lyfts fram som en fungerande struktur som förbättrat samverkan mellan huvudmännen och stärkt den nära vården. De har bidragit till bättre stöd till patienter och personal i kommunal hälso- och sjukvård. Samtidigt har inga mer omfattande förändringar genomförts i styrningen eller ansvarsfördelningen. Variationer i samverkan mellan vårdcentraler, särskilt mellan offentliga och privata aktörer kvarstår, och tillgången till fast läkarkontakt är fortsatt ojämn. *Primärvårdsnämndens verksamhet bedöms därmed inte vara helt ändamålsenlig.*

Rehabiliteringsområdet har fått en tydligare struktur genom skånegemensamma samverkansgrupper, delregionala forum och gemensamma aktivitetsplaner. Arbetet har bidragit till ökad dialog, samsyn och ett mer systematiskt erfarenhetsutbyte mellan Region Skåne och kommuner. Samtidigt befinner sig arbetet fortfarande i ett tidigt utvecklingsskede. Insatserna upplevs som mindre prioriterade och är ännu fragmenterade, med skillnader i ansvarsfördelning och tillgång till resurser mellan Region Skåne och kommun. *Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhet bedöms således inte vara helt ändamålsenlig.*

Inom habilitering har en ny skånegemensam överenskommelse mellan Region Skåne och kommuner tagits fram och börjat implementeras, vilket tydliggör ansvarsfördelningen och skapar bättre förutsättningar för samordning och jämlika villkor för målgruppen. Samverkansgruppen för habilitering utgör en plattform för fortsatt utveckling, och integrerade arbetssätt har förbättrat vårdflöden för vissa grupper. Samtidigt är området svagt förankrat, med begränsad kännedom och har låg prioritet i samverkansarbetet, *vilket leder till att psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämndens verksamhet inte bedöms vara helt ändamålsenlig.*

Arbetet med personer med psykisk funktionsnedsättning har utvecklats genom framtagna handlingsplaner, förstärkta samverkansstrukturer och nya vårdmodeller, vilket bidragit till ett mer systematiskt och förebyggande arbetssätt i flera delregioner. Samordningen mellan kommuner, primärvård och psykiatri har förbättrats, men stora skillnader i ansvarstagande och engagemang kvarstår mellan huvudmännen. Primärvårdens roll upplevs som begränsad, och psykiatrins separata samverkansstruktur skapar parallella



processer. Sammantaget innebär detta att hälso- och sjukvårdsnämnden, psykiatri-, habiliterings- och hjälpmedelsnämnden samt primärvårdsnämndens verksamhet inte bedöms vara helt ändamålsenlig.

För egenvård har en gemensam rutin tagits fram, vilket utgör en viktig grund för mer enhetlig tillämpning och ökad patientsäkerhet. Trots detta är området fortsatt lågt prioriterat och svagt förankrat i den praktiska samverkan, med otydlig tillämpning och ekonomiska konsekvenser för patienter som följd. Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhet bedöms därmed inte vara ändamålsenlig.

När det gäller uppföljning av hälso- och sjukvårdsavtalet markerar de gemensamma aktivitets- och tidplanerna samt den första uppföljningsrapporten ett tydligt steg mot en mer indikatorbaserad och systematiserad uppföljning. På delregional nivå har arbetet blivit mer konkret, och erfarenhetsutbyte sker i större utsträckning mellan parterna. Därtill följs delar av hälso- och sjukvårdsavtalet upp i såväl hälso- och sjukvårdsnämndens som primärvårdsnämndens verksamhetsberättelse. Kompletterande uppföljning sker även i Region Skånes patientsäkerhetsberättelse. Samtidigt saknas fortfarande en samlad och tydlig struktur för hur avtalet i sin helhet ska följas upp. Ansvarsfördelningen upplevs som otydlig, indikatorerna fångar inte patient- och närståendeperspektivet i tillräcklig grad, och avsaknaden av gemensamma informationssystem försvårar analysen. Bedömningen är att hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhet inte är helt ändamålsenlig.



5 Rekommendationer

Baserat på granskningens samlade resultat lämnar Sirona ett antal rekommendationer.

Följande rekommendationer riktar sig till hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne:

- Vidta, i samråd med övriga ansvariga nämnder, åtgärder för att säkerställa att avtalets intentioner omsätts i praktiken inom de områden där brister fortfarande kvarstår, i syfte att uppnå en mer likvärdig och samordnad vård i hela regionen.
- Utveckla en mer systematisk uppföljning av hälso- och sjukvårdsavtalet, så att den i högre grad speglar avtalets intentioner och utgör ett gemensamt, ändamålsenligt underlag för styrning, analys och uppföljning av samtliga avtalsområden.

Följande rekommendation riktar sig till primärvårdsnämnden i Region Skåne:

- Säkerställ ett tydligt ansvarstagande för läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård och följ upp vårdcentralernas efterlevnad av hälso- och sjukvårdsavtalet för att uppnå en mer enhetlig och välfungerande samverkan i hela regionen.
- Säkerställ, i dialog med kommunerna, att relevanta indikatorer för uppföljning av läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård tas fram och används gemensamt, som underlag för styrning och förbättringsarbete.
- Tydliggör ansvar och gränsdragning mellan den nya förvaltningen för nära vård och primärvårdsförvaltningen.



6 Bilagor

Bilaga 1: Granskande dokument *

Nationella dokument:

- SKR (2022) Omställning till nära vård – från idé till verklighet.

Länsövergripande dokument:

- Region Skåne och Kommunförbundet Skåne (2016). Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne 2016-01-19.
- Vårdsamverkan Skåne (2022). Uppdragsbeskrivning processledare 2022-09-30.
- Vårdsamverkan Skåne (2023). Minnesanteckningar Möte i central tjänstemannaberedning 30 augusti 2023.
- Vårdsamverkan Skåne (2023). Nära vård vårdsamverkan Skåne 2023-02-21.
- Vårdsamverkan Skåne (2024). Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan Skåne 2024–2025.
- Vårdsamverkan Skåne (2024). Införandeplan mobila team närsjukvård i Skåne, 2024–2025: En sammanhållen vårdform där primärvården är navet i samverkan med övriga vårdgivare.
- Vårdsamverkan Skåne (2024). Skånegemensam rutin för egenvårdsbedömning.
- Vårdsamverkan Skåne (2024). Skånegemensam samverkansgrupp Habilitering minnesanteckningar 2024-11-21.
- Vårdsamverkan Skåne (2024). Skånes länsgemensamma handlingsplan psykisk hälsa och suicidprevention 2024–2025.
- Vårdsamverkan Skåne (2024). Verksamhetsberättelse Vårdsamverkan Skåne 2023.
- Vårdsamverkan Skåne (2024). Överenskommelse om samarbete gällande rehabilitering i Skåne 2024-06-12.
- Vårdsamverkan Skåne (2025). Minnesanteckning samverkansform Nära vård och HS-avtalet 250910.
- Vårdsamverkan Skåne (2025). Ramverk lärande uppföljning och analys Nära Vård – Vårdsamverkan Skåne Delrapport Gemensamma uppföljning.
- Vårdsamverkan Skåne (2025). Skånegemensam samverkansgrupp Habilitering Minnesanteckningar 2025-05-06.
- Vårdsamverkan Skåne (2025). Stärkt omställning till nära vård – förvaltningen Nära vård och hälsa 2025-05-26.
- Vårdsamverkan Skåne (2025). Verksamhetsberättelse Vårdsamverkan Skåne 2024.

* Anmärkning: Listan med granskade dokument innehåller endast de dokument som explicit refereras till i rapporten. I samband med granskning har dock en fullständig genomgång genomförts av minnesanteckningar och beslutsunderlag från centrala och delregionala samverkansorgan samt från hälso- och sjukvårdsnämndens och primärvårdsnämndens protokoll.



- Vårdsamverkan Skåne. Uppdragsbeskrivning, Ramverk och utvecklingsarbete för uppföljning av God och nära vård i vårdsamverkan.

Delregionala dokument:

- Malmö stad och Region Skåne (2024). Rutin för samverkan mellan ASIH och kommunal primärvård.
- Vårdsamverkan Skåne (2023). Aktivitetsplaner för prioriterade fokusområden delregionala operativa tjänstemannaberedningen 2023-02-21.
- Vårdsamverkan Skåne (2023). Delregional plan för Vårdsamverkan Skåne delregion sydost.
- Vårdsamverkan Skåne (2023). Lokal överenskommelse psykisk hälsa och suicidprevention Skånes sydvästra kommuner.
- Vårdsamverkan Skåne (2023). Minnesanteckningar operativ arbetsgrupp Vårdsamverkan sydost 2023-11-20.
- Vårdsamverkan Skåne (2024). Minnesanteckning DST vårdsamverkan 2024-05-31.
- Vårdsamverkan Skåne (2024). Ansvarsfördelning för Sus sjukhus hemma Malmö (specialiserad vård), regional och kommunal primärvård.
- Vårdsamverkan Skåne (2024). Minnesanteckningar Delregional operativ tjänstemannaberedning Skåne nordost 2024-02-16.
- Vårdsamverkan Skåne (2024). Minnesanteckningar delregionalt samverkansorgan nordväst 2024-11-15.
- Vårdsamverkan Skåne (2024). Mötesanteckningar Delregional Samverkan nordost 2024-04-05.
- Vårdsamverkan Skåne (2024). Mötesanteckningar delregional tjänstemannaberedning SO 2024-10-04.
- Vårdsamverkan Skåne (2024). Riktade hälsoundersökningar för vuxna patienter/brukare inom LSS med HSL insats.
- Vårdsamverkan Skåne (2025). Delregional Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan sydväst 2024–2025.
- Vårdsamverkan Skåne (2025). Delregional aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan sydväst 2025.
- Vårdsamverkan Skåne (2025). Delregional samverkan 250526. Prioriterade områden inom psykiatrisamverkan delregion nordväst.
- Vårdsamverkan Skåne (2025). Minnesanteckningar Delregional Tjänstemannaberedning Malmö 2025-03-23.
- Vårdsamverkan Skåne (2025). Mötesanteckningar Delregional operativ tjänstemannaberedning Skåne nordost 2023-04-28.
- Vårdsamverkan Skåne (2025). Mötesanteckningar samverkansforum Nära vård och HS avtalet sydväst 2025-05-22.
- Vårdsamverkan Skåne (2025). Utvärdering Delregional aktivitets- och tidplan nordväst 2024.
- Vårdsamverkan Skåne (2025). Årsrapport 2024 Vårdsamverkan delregion Malmö.
- Vårdsamverkan Skåne (2025). Årsrapport 2024 Vårdsamverkan Delregion sydost.
- Vårdsamverkan Skåne (2025). Årsrapport sydvästra Skåne 2024 Vårdsamverkan Nära vård



- Vårdsamverkan Skåne. Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan Skåne 2022–2025 – tillämpning delregion nordvästra Skåne, version 2.0.

Region Skånes dokument:

- KomRedo (2022). Revisionsrapport Granskning av effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende Hälso- och sjukvården i Skåne
- Region Skåne (2022). Primärvårdsnämnden Yttrande Granskning av Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne 2022-11-08.
- Region Skåne (2023). Förändrings- och genomförandeplan för mål och strategi för framtidens hälsosystem 2023–2026.
- Region Skåne (2024). Ny vårdform inom nära vård: Bilaga till hälso- och sjukvårdsnämndens förslag till hälso- och sjukvårdsbudget med uppdrag och regionbidragsfördelning.
- Region Skåne (2025). Verksamhetsplan och budget 2025 med plan för 2026–2027.
- Region Skåne (2025). Verksamhetsplan och budget 2025 med plan för 2026–2027.
- Region Skåne (2024). Reglemente för styrelser och nämnder i Region Skåne.
- Region Skåne (2022). Hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-10-10 Yttrande granskningen av Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne.
- Region Skåne. Regions Skånes Delårsrapport januari-augusti 2024.

Bilaga 2: Intervjuförteckning

- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör
- Ekonomidirektör
- Förvaltningschef primärvården
- Förvaltningschef psykiatri, habilitering och hjälpmedel
- Tf. Förvaltningschef Nära vård och hälsa
- Biträdande förvaltningschef Sus
- Förvaltningschef Lasarettet i Ystad
- Tf. Förvaltningschef Helsingborgs lasarett
- Chefläkare Helsingborgs lasarett
- Förvaltningschef Lasarettet Trelleborg
- Representanter Skånegemensam samverkansgrupp barn och unga
- Representanter Skånegemensam samverkansgrupp psykiatri
- Representanter Skånegemensam samverkansgrupp vårdens övergångar
- Ordförande funktionsrätt Skåne
- Förbundsdirektör Skånes kommuner
- Avdelningschef Hälsa, social välfärd och omsorg Skånes kommuner
- Processledare sydväst
- Processledare Malmö



- Processledare nordväst
- För varje deltagande kommun: ordförande ansvarig nämnd, socialchef/förvaltningsdirektör, verksamhetschef/enhetschef samt MAS.

Bilaga 3: Intervjuguide för Region Skåne

1. Berätta om dig själv och din nuvarande roll

2. Känner du till om det finns en beslutad åtgärdsplan för att stärka efterlevnaden av HS-avtalet? Om ja, vad prioriteras, vem äger genomförandet och hur ser återrapporteringen ut?

3. Känner du till om Hälso- och sjukvårdsnämnden har tagit fram anvisningar för samverkansarbetet, t.ex. vad som ska följas upp, vilka indikatorer som ska användas, hur resultatet ska bedömas och hur bristande måluppfyllelse ska hanteras?

4. I den tidigare granskningen lyftes läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården som ett tydligt bristområde, med rekommendationen att primärvårdsnämnden ska ta ett större ansvar för att säkerställa läkarmedverkan. Har du märkt någon förändring sedan den tidigare granskningen?

- Upplever du att det finns en variation mellan kommuner och vårdcentraler?

5. Känner du till om det finns mål/nyckelindikatorer som används för uppföljning av HS-avtalet? Om ja, hur ofta följs de upp och har avvikelser lett till beslutade åtgärder?

6. Känner du till om det görs någon systematisk uppföljning av effekter för patienter/närstående, och hur resultaten återkopplas?

7. Har ni inom din enhet eller ditt uppdrag fått något särskilt stöd, t.ex. resurser, roller, utbildning eller mallar, för att arbeta med uppföljning och förbättring inom ramen för HS-avtalet?

8. Hur har beslut/inriktning översatts till konkreta arbetssätt hos er (t.ex. checklista, mallar, IT-stöd, kontaktväg)?

9. I den tidigare granskningen lyftes flera bristområden: läkarmedverkan, SIP/vårdplanering, rehabilitering, habilitering, stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning, egenvård samt kostnadsansvar/material.

- Känner du till om några operativa åtgärder införts sedan dess? Om ja, vilka?
- Har de skett en förändring i några av dessa områden under de senaste åren?

10. Upplever du att det finns ett lärande i organisationen när det gäller efterlevnaden av HS-avtalet, t.ex. att uppföljning leder till förbättringar?

11. Har etableringen av förvaltningen för Nära vård inneburit förändringar i arbetssätt eller resultat kopplat till samverkan med kommunerna?

12. Hur upplever du att samverkan mellan Region Skåne och kommunerna fungerar idag inom ramen för HS-avtalet?

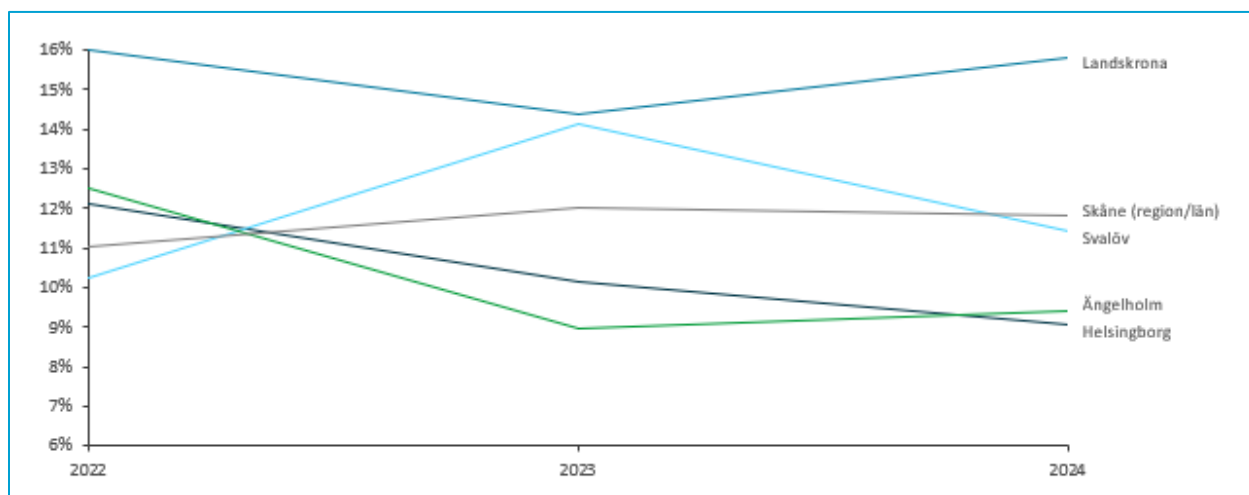
- Har något förändrats i hur samverkan bedrivs jämfört med tidigare?



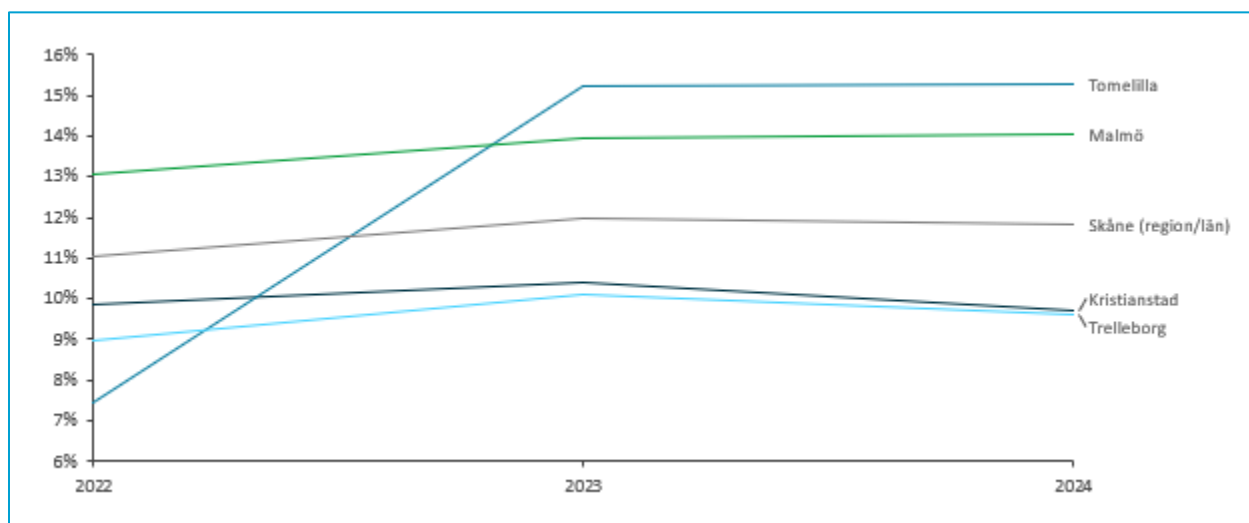
13. Finns det något övrigt du vill tillägga inom ramen för granskningen?

14. Är det något dokument (beslut, yttrande, handlingsplan etc.) som du tycker att vi borde analysera särskilt inom ramen för uppföljningsgranskningen?

Bilaga 4: Kvantitativa analyser



Figur 4: Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre. Källa: Socialstyrelsen (Sirona analys)



Figur 5: Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre. Källa: Socialstyrelsen (Sirona analys)