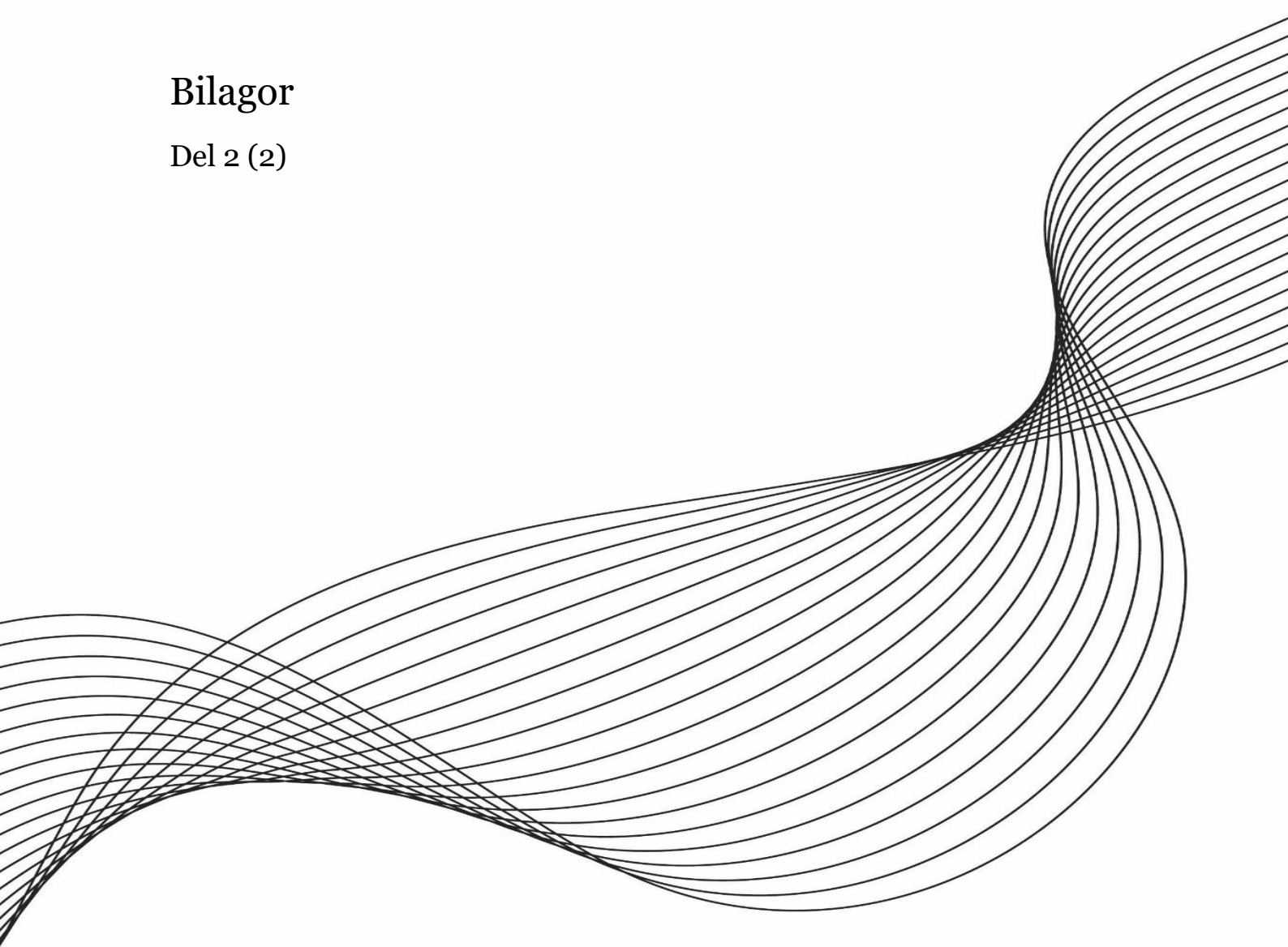


FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ETT ”HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVTAL” I STOCKHOLMS LÄN 2019 OCH FRAMÅT

Bilagor

Del 2 (2)



Innehåll

Bilaga 1 Definitioner och förkortningar	3
Bilaga 2 Samverkan mellan huvudmän kring grupper med stora behov.....	4
Bilaga 3 Psykisk ohälsa.....	36
Bilaga 4 Kommunens kostnader	39
Bilaga 5 Ekonomiska utvärderingar – den fortsatta strategin.....	43
Bilaga 6 Samverkansöverenskommelser mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och länets kommuner.....	44
Bilaga 7 Reglering av samverkan i avtalen mellan landstinget och vårdgivare	52
Bilaga 8 Pågående samarbete kommun – landsting riktat mot enskilda individer.....	54
Bilaga 9 Legala förutsättningar	56

Bilaga 1 Definitioner och förkortningar

I förstudien används nedanstående definitioner enligt Socialstyrelsens termbank:

Vård och omsorg - åtgärder och insatser till enskilda personer gällande socialtjänst, stöd och service till funktionshindrade samt hälso- och sjukvård enligt gällande lagar

Hälso- och sjukvård - åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador

Övriga definitioner i förstudien:

Regional nivå – omfattar hela länet

Lokal nivå – omfattar del av länet exempelvis en eller ett par kommuner

Digitalisering – process att inför ny informationsteknologi i verksamhet

I förstudien används orden person eller individ istället för patient, brukare, klient eller kund, eftersom de senare begreppen är mer specifika för respektive huvudman eller verksamhet

HSN	Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Stockholm
HSF	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
LOV	Lag om valfrihetssystem – reglerar vårdval inom kommunala och landstingsverksamheter
LOU	Lag om offentlig upphandling – reglerar hur kommun/landsting upphandlar tjänster
LSS	Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade
LUS	Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
SLL	Stockholms läns landsting
SoL	Socialtjänstlag
VIS	Vård i samverkan - en politisk ledningsgrupp i Stockholms län med representanter från några av länets kommuner och från Region Stockholm

Samverkan mellan huvudmän kring grupper med stora behov – utvecklingstrender och erfarenheter

Dag Norén

Slutrapport 30 oktober 2018

Delstudie Samverkan mellan huvudmän kring grupper med stora behov

Innehåll

Sammanfattning	
Bakgrund	
Angreppssätt.....	
Omvärldsutvecklingen – av betydelse för samverkansbehoven.....	
Accelerationen i utmaningen kring resurser och kvalitet	
Alltmer uppkopplat och sammankopplat – en förändring av tid och rum.....	
Trycket på resurserna – mer vård och omsorg för pengarna.....	
Slutsatser av omvärldsutvecklingen	
Behovet av att hitta nya samverkansformer – en ny typ av hälso- och sjukvårdsavtal mellan landsting, regioner och kommuner?	
Bakgrunden – den svåra samverkan.....	
Västra Götaland – nytänkande process för att komma till ett hälso- och sjukvårdsavtal	
Västra Götalands hälso- och sjukvårdsavtal – observationer	
Skåne – fokus på nytänkande samverkanslösningar	
Skånes hälso- och sjukvårdsavtal – observationer	
Slutsatser från fallstudierna	
Övergripande slutsatser: Utifrån förutsättningar och möjligheter i Stockholms län.....	
Intervjurespondenter.....	
Källförteckning	

Sammanfattning

Denna delstudie har som syfte att beskriva ett antal av de viktigare utvecklingstrenderna som kan behöva bemötas genom förnyade former av samverkan mellan huvudmännen kring grupper med stora behov. I en fallstudie inom delstudien har två av landets större regioners ansträngningar granskats - med att komma framåt med förnyad samverkanskraft mellan kommunerna och den regionsstyrda hälso- och sjukvården.

Vissa utvecklingstrender, inom Stockholms län och på många andra håll i Sverige, är särskilt utmanande och kommer att kräva betydligt bättre användning av resurserna inom hälso- och sjukvården och även de sociala insatser som kommunerna ansvarar för utöver den kommunala hälso- och sjukvården. Framför allt gäller detta den demografiska utvecklingen med en snabb ökning av de 75 år och äldre som har stora behov av hälso- och sjukvård. Inom Stockholms län ökar även barn och unga i befolkningen. Det blir därmed alltmer utmanande att ordna finansieringen genom de skatter som den arbetsföra befolkningen bidrar med. Möjligheterna att arbeta på andra sätt utvecklas hela tiden men effekterna av digitaliseringen, som börjar bli alltmer framträdande och med praktiska tillämpningar, skapar helt nya möjligheter. Tidigare arbetssätt och strukturer, med grunderna i 1960- och 70-talens uppbyggnad av hälso- och sjukvården, bör rimligen förändras med denna utveckling. Sammantaget finns det stora möjligheter till att göra samverkan mycket mer effektiv med kortare ledtider och mer av direktkontakter som även involverar patienter och närstående på nya sätt.

Patienter och brukare med stora hälso- och sjukvårdsbehov finns ofta inom både kommuners och landstings eller regioners verksamheter. Kartläggningar utifrån den kostnadsutveckling som nu ökar snabbt för huvudmännen inom hälso- och sjukvård och omsorg visar att det finns ett ömsesidigt beroende av bättre samverkan för att mildra effekterna av risken för en kostnadsexplosion. Brist på samverkan, eller samverkansformer som inte är tillräckligt effektiva, leder med stor sannolikhet till en onödigt hög nivå av resursanvändning samt kvalitetsbrister som skulle kunna tas bort.

De etablerade arbetssätten inom huvudmännens verksamheter, med insatsuppdelade utförarverksamheter som avropas utifrån samverkansavtal, är en modell för samverkan som i många kartläggningar har visat sig vara förenad med komplicerad och ofta osäker planering. Arbetssätten leder ofta till för mycket betoning på gränsdragningar och därmed återkommande ansvarsväxlingar. Många utvärderingar av samverkansavtal har också pekat på hur svårt det är att få till den samverkan som var tänkt kring en gemensam målgrupp av patienter. Det finns en framväxande kunskaps- och forskningsbas om att en så kallad äkta teamsamverkan kring patienter utvecklar helt andra arbetssätt där direktkontakter mellan teammedlemmarna, över olika utförarverksamheter, genererar förvånansvärt höga nivåer av effektiv resursanvändning och kvalitetslyft för patienter och närstående. Dessutom med stor uppskattning och bättre arbetsmiljö för de olika professionsgrupper som deltar i dessa arbetssätt. Av dessa skäl är teambaserad samverkan mellan landstings- och kommunverksamheter, över hälso- och sjukvård och socialtjänst, mycket viktigt att få till. Nya former av avtalskonstruktioner mellan huvudmännen kan möjliggöra dessa arbetssätt.

De övergripande hälso- och sjukvårdsavtal som nyligen slutits i Skåne och i Västra Götaland, två regioner med en komplexitet genom storlek och många organisationer som därmed är intressant i ett perspektiv utifrån Stockholms län, visar på hur man arbetat med delvis förnyade grunder för att komma till dessa avtal. Båda regionerna i samverkan med kommunerna har försökt att genom avtalen, och i vissa områden, komma åt den teamsamverkan som beskrivs ovan – med blandat resultat. Målsättningarna inom Utvecklingsdelen i Skånes Hälso- och sjukvårdsavtal, att skapa skraddarsyddna team utifrån en förnyad målgruppsbeskrivning, beskrivs som en ny vårdform. Fallstudien av dessa regioners hälso- och sjukvårdsavtal visar på uppenbara brister i ett fortsatt stöd efter avtalsslut för att komma in i en effektivare implementering av samverkan.

Utifrån förhållandena inom Stockholms län bör det finnas intressanta lärdomar att dra från de två exemplen av processerna för hälso- och sjukvårdsavtal i Skåne och i Västra Götaland. Särskilt viktigt är betydelsen av att skapa starka stödstrukturer i en implementering efter ett eventuellt hälso- och sjukvårdsavtal men också att lägga tid på att bygga upp den samsyn och vinna-vinna-kartläggning mellan parterna som behöver komma till. I Stockholm finns unika förutsättningar i landet för att integrera läkarstödet mer kraftfullt i hemsjukvården; något som är stora utmaningar i de flesta samverkanssammanhang i övriga landet. Då Stockholms läns landsting inte har skatteväxlat hemsjukvården till länets kommuner finns möjligheter att utveckla särskilda riktade teamlösningar till noga valda och definierade målgrupper. Detta bör kunna utgöra en stor potential för grupper med stora och samtidigt behov inom huvudmännens vård- och omsorgsverksamheter.

Bakgrund

Denna delstudie, med fokus på utvecklingstrender och erfarenheter från utvecklingsarbete mot nya regionövergripande samverkansformer mellan huvudmän inom sjukvård och socialtjänst, syftar till att vara ett inlägg som lyfter fram och belyser följande områden i sammanhanget:

- En *omvärldsanalys* kring krafter som påverkar och utmanar i processen med att formera samverkansavtal inom hälso- och sjukvård mellan huvudmännen. Omvärldsanalysen avser att belysa drivkrafter som förändrar behov av och förutsättningar för samverkan, utmaningar som följer av utvecklingen samt de ömsesidiga vinster och risker som finns i formerade samverkansrelationer.
- En *fallstudie* som beskriver två stora regioners arbete med att formera samverkansavtal, mellan huvudmännen inom hälso- och sjukvården, med fokus på grupper med stora behov. De lärdomar som kan dras från Skåne och Västra Götaland, två regioner som nyligen slutit nya, regionövergripande avtal, sammanställs. I fokus är såväl processen mot samverkansavtalen som hur dessa avtal har organiserats och vad resultaten har blivit så här långt.
- Utifrån ovanstående analyser utvecklas ett antal *slutsatser* om vad som bedöms som intressant för Stockholms läns huvudmän att ta fasta på. Slutsatserna behöver anpassas till de särskilda förhållanden som råder inom Stockholms län avseende bland annat vårdstrukturer och att ansvaret för hemsjukvården ligger inom landstinget.

Angreppssätt

Studien har bedrivits under september till oktober 2018 och med löpande avstämningar med en arbetsgrupp av representanter från Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Storsthlm. Sammanställningar har genomförts av en bred uppsättning olika studier, utredningar och kartläggningar av relevans för samverkansfrågor inom hälso- och sjukvården. Inom den fallstudie som beskrivs i det följande har intervjuer genomförts med nyckelpersoner inom tjänstemanna-beredningsgrupper från region- respektive kommunsidan i Skåne och Västra Götaland. Utifrån sammanställningen av viktiga utvecklingstrender samt erfarenheter och observationer inom fallstudien summeras ett antal slutsatser som kan vara av intresse för fortsatt sonderings- och planeringsarbete om samverkan inom hälso- och sjukvården i Stockholms län.

Omvärldsutvecklingen – av betydelse för samverkansbehoven

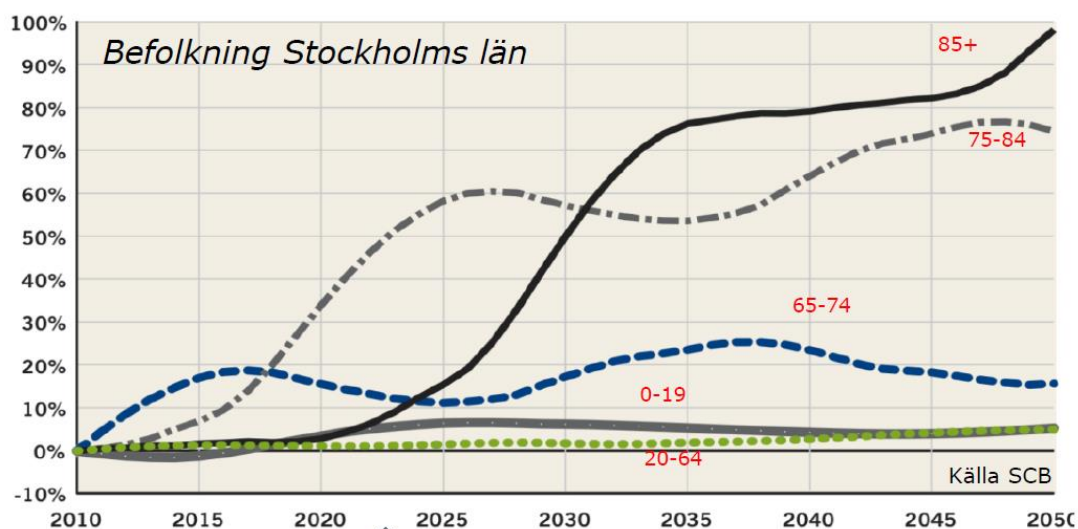
De krafter i omvärldsutvecklingen som påverkar behov och förutsättningar för att samverka är av många olika slag. Nedan nämns enbart några av de, som inom ramen för denna kunskapsöversikt, bedöms som allra viktigast.

Accelerationen i utmaningen kring resurser och kvalitet

Att Sverige åldras, med en allt större andel äldre i befolkningen, har beskrivits i många rapporter och seminarier. Stora delar av Sverige har redan gått igenom en utveckling där de äldres andel av befolkningen har ökat markant. Under de kommande decennierna är det nu de mer tätbefolkade områdena som står på tur och då även de större städerna som vanligen har en betydligt högre andel yngre och arbetsföra i befolkningen än de mer glest befolkade länen¹.

Det som inte har talats lika mycket om i sammanhanget är den mycket snabba ökningen av de allra äldsta som är på gång. I Stockholms län bedöms gruppen 85 år och äldre att fördubblas under 30 år, mellan 2020 till 2050². Det kan beskrivas som en drastisk utveckling som nu är på gång.

Historiskt snabb ökning av de allra äldsta



Även gruppen 75 till 84 år kommer att öka påtagligt i länet. Sammantaget ökar den befolkning som är 75 år och äldre på ett mycket påtagligt sätt; den grupp av patienter som har de allra största behoven av hälso- och sjukvård.

Samtidigt ökar även den yngre andelen av befolkningen (barn och ungdomar) men inte alls med samma drastiska utveckling som för de äldre. Sammantaget ökar dock den äldre och den yngre andelen av befolkningen medan den arbetsföra delen av befolkningen (som vanligtvis finns i åldersspannet 20 till 64 år) inte ökar särskilt mycket utifrån de relativa talen. År 2012 utgjorde den arbetsföra befolkningen i Stockholms län 1 290 000 personer. Befolkningen i övriga åldrar utgjorde 837 000 personer. 10 år senare, år 2022, bedöms den arbetsföra befolkningen ha ökat till 1 473 000 personer men samtidigt ökar den övriga delen av befolkningen till 1 025 000 personer³. Detta innebär en förändrad försörjningskvot⁴ från 0,65 till 0,70 på 10 år. I den demografiska utveckling som Stockholms län nu står inför innebär den fortsatta utvecklingen att försörjningskvoten allt snabbare förändras mot ett förhållande som närmar sig 1 till 1. Det ligger alltså inte så långt bort att det finns

¹ SCB Befolkningsprognos 2017, Statistiska meddelanden, april 2017

² SCB Befolkningsprognos 2017 avseende Stockholms län

³ "Demografiska försörjningskvoter för planområden; åldersstrukturer för 2012 och prognoser för 2022, Stockholms län", Demografisk rapport 2014:03, TMR, Tillväxtavdelningen, Stockholms läns landsting

⁴ Med försörjningskvot menas den arbetsföra befolkningens andel av hela befolkningen

en person i arbetsför befolkning på varje person som inte är i den normalt arbetsföra åldern. Det är ytterligare ett nytt historiskt tillstånd inom befolkningen som inte funnits tidigare. Förhållanden påverkas förstås av faktorer som inte är med i bedömningen som exempelvis nettoinflyttning av personer i arbetsför ålder liksom höjning av pensionsålder. Vidare finns det stora skillnader i försörjningskvoten mellan länets kommuner som kommer att bestå framöver.

Under 1960-talet, när stora delar av hälso- och sjukvården byggdes ut med sjukhusen som nav, utgjorde gruppen äldre (65 år och äldre) endast omkring 12 till 13 procent av befolkningen⁵. Sedan 1950-talet har dessutom medellivslängden ökat med cirka 10 år och för närvarande ökar medellivslängden med cirka 2 månader varje år vilken är en utvecklingstakt som aldrig noterats tidigare⁶. Med den medicinska utvecklingens snabba framsteg lever allt fler sjuka äldre med sina kroniska sjukdomar vilket förlänger den tid som patienter finns inom sjukvården⁷.

Förutom att verksamheterna inom hälso- och sjukvård och omsorg är utsatta för ett behovs- och finansieringstryck i en starkt uppåtgående trend finns det också en kvalitetsaspekt i sammanhanget. Till stora delar visar patient- och brukarundersökningar på att olika insatser fungerar väl och att den medicinska kvaliteten håller en hög nivå generellt i Sverige⁸. Samtidigt visar alltfler kartläggningar också på att det finns ett missnöje med samordningen av hälso- och sjukvården och omsorgen i Sverige⁹. Situationen i Sverige inom detta "kvalitetsområde" är markant sämre än i jämförbara länder utifrån de årliga undersökningar som genomförs inom International Health Policy Survey (IHP)¹⁰. Det finns ökande insikt om att det finns ett kvalitetsgap inom samordningen av vården och omsorgen som behöver överbryggas. Missnöjet bland alltmer kravställande patienter, med vana av att beställa tjänster inom andra områden, kan komma att öka ytterligare. Alltfler kartläggningar visar också på att bristerna i samordningen kostar stora summor för vård- och omsorgsverksamheterna och måste åtgärdas för att verksamheterna ska kunna fungera effektivt och i sammanhang av begränsade resurser¹¹.

Sammantaget pekar den demografiska utvecklingen, som beskrivs ovan, i kombination med viktiga kvalitetsutmaningar, att det blir nödvändigt att utveckla både nya strukturer och arbetssätt för att klara de ökande vårdbehoven parallellt med en allt tydligare finansieringsutmaning. De nya arbetssätten är beroende av en ny nivå av samverkan mellan verksamheter inom och mellan landsting och kommuner då de största potentialerna finns i de samtidigt vård- och omsorgskrävande grupperna.

Alltmer uppkopplat och sammankopplat – en förändring av tid och rum

En drivkraft som ofta omnämns i omvärldsanalyser är digitalisering. Att alltmer data och uppgifter översätts och förmedlas digitalt är en del i utvecklingen men det verkligt intressanta är egentligen vilka effekter vi får av det i den "andra vågen" då digitaliseringen har "mognat". Med effekterna av digitaliseringen förändras tids- och rumsdefinitionerna.

Med en förändrad tidsdimension, till följd av digitaliseringen, kan den så kallade "timingen" mellan olika uppgifter förändras radikalt. Ledtider kan avskaffas och mycket mer av vård- och

⁵ "SCB Befolkningsdatabas <http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/befolkningsutveckling/>

⁶ Institutet för Framtidsstudier, 2014

⁷ Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2018, Socialstyrelsen

⁸ "Hälso- och sjukvårdsrapporten 2018", SKL

⁹ Nationell patientenkät, SKL 2013 och 2014

¹⁰ Sammanställt av Vårdanalys 2014 baserat på IHP-studierna inom 11 OECD-länder där Sverige deltar Resultaten beskrivs vidare i "Samordnad vård och omsorg; en analys av samordning i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem", PM 2016:1

¹¹ En sammanställning utifrån flera studier finns i rapporten "Hälso- och sjukvårdens och omsorgens viktiga paradigmskifte", Implement Consulting Group, andra upplagan, 2016

omsorgsverksamheterna kan utföras med väsentligt minskade ställtider. Exempelvis resursplaneringen, baserat på vårdplaner, kan förbättras genom att automatiska program söker i systemen efter tillgänglig kapacitet¹². Mycket mer av både vård- och omsorgsinsatser kan utföras i rätt tid. Exempelvis har Västerås stad med sin eHemtjänst och webbtillsyn börjat förändra arbetssätten så att hemtjänstinsatserna kommer när de verkligen behövs och inte för att hemtjänsten gör sin rond i området vid ett visst tillfälle. Förutom de kvalitetsförbättringar man noterar har kommunen uppskattat en resursförbättringspotential med cirka 5 till 20 miljoner kronor vid fullt utnyttjande av nya arbetssätt med eHemtjänsten¹³. "Timingen" handlar också om att med hjälp av hälsoindikatorer, som kan bevakas på distans, arbeta ännu mer proaktivt inom ramen för de hälsofrämjande uppdragen och för att förhindra eller mildra ett försämrat hälsotillstånd med ökande vård- och omsorgsbehov i förlängningen.

När det gäller förändring av "rummet", till följd av digitaliseringen, så ökar möjligheterna att kommunicera direkt med patienter och brukare i deras hem eller på annan plats istället för tidsslukande mottagnings- och hembesök¹⁴. Möjligheterna till egenvård kan utvecklas på nya sätt med ökad patientsäkerhet. Kontakterna och uppföljningen med patienter, brukare och deras anhöriga kan förbättras väsentligt och mer tid kan istället läggas på de möten där den direkta fysiska kontakten är den viktiga faktorn. Förändringen av rumsdefinitionen utmanar även befintliga strukturer. Sjukhus med skilda kliniker, kallelser till mottagningar, väntrum och receptioner kan i vissa delar bli överspelade. Allt mer vård i hemmet kan göras, och göras bättre, med stöd av digitala tjänster men alla dessa strukturförändringar förutsätter nya samverkansformer och förändrade vårduppdrag – för att potentialerna ska kunna omhändertas.

Möjligheterna att utnyttja digitaliseringens potential till nya samverkansformer inom hälso- och sjukvården och omsorgen hämmas till stora delar av problematikerna kring delad vårdokumentation. Tekniken i sig är oftast inte problemet men däremot att inlåsnings effekter av vårddata finns genom skilda och icke-kompatibla system, skilda lagrum för informationsdelning mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård liksom integritetsskydd. Tekniken utvecklas dock vidare hela tiden i nya lösningar på kända problem och mycket talar för att svårigheter inom detta område kommer att lösas.

Det viktiga i detta läge är att de nya, och kritiskt viktiga patient- och brukarcentrerade samverkansformerna, kan utvecklas utan att begränsas av nya hinder när det gäller delning av vårdinformation mellan olika aktörer. De nya moderna samverkansformerna behöver utvecklas först och med de digitala lösningarna som "följer efter" och skapar den infrastruktur som gör det möjligt och hållbart. Nya digitala lösningar får inte skapa inlåsnings effekter så att nya arbetssätt, även över huvudmannagränser, inte kan utvecklas. Detta är också ett viktigt skäl för samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen - så att dessa inlåsnings effekter inte uppstår.

Trycket på resurserna – mer vård och omsorg för pengarna

Det demografiska trycket med fler äldre och med en historiskt snabb ökningstakt av de allra äldsta, som har beskrivits ovan, driver på kostnadsutvecklingen på ett mycket tydligt sätt. Men kostnadsutvecklingen drivs också av att kunskaperna inom medicinsk behandling och omvårdnad hela tiden ökar med resultatet av att allt mer kan diagnosticeras och göras för patienterna inom

¹² How AI is transforming healthcare and solving problem in 2017, Healthcare IT news, November 2017

¹³ "Införande av eHemtjänst, Projekt Behovsstyrt IKT-stöd", rapport augusti 2012, Maria Gill/Mats Rundkvist, Sociala nämndernas stab, Behovsstyrt IKT-stöd, Västerås stad

¹³ "Kostnadsminskningar i samband med införande av eHemtjänst", Projekt Behovsstyrt IKT-stöd, prognos augusti 2012, Mats Rundkvist, Sociala nämndernas stab, Behovsstyrt IKT-stöd, Västerås stad

¹⁴ Detta har visats i uppföljningar och utvärderingar i bl a Västerås stad enligt nämnda rapporter

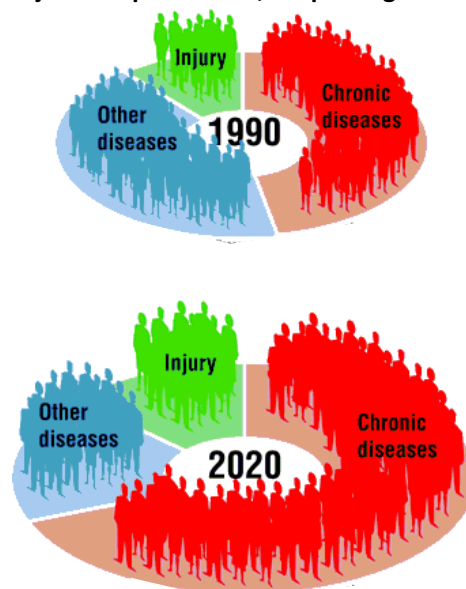
vården, omsorgen och övrig socialtjänst¹⁵. Den tekniska utvecklingen är en av komponenterna som bidrar till utvecklingen och det nödvändiga digitala förändrings- och omställningsarbetet som verksamheterna är inne i driver på kostnadsutvecklingen ytterligare. Till detta tillkommer att löneutvecklingen inom vården och omsorgen till stora delar har släpat efter i förhållande till andra sektorer och branscher och behöver komma ikapp för att kunna vara konkurrenskraftig för personalförsörjningen. Det gäller även utifrån övriga spetskunskaper, som exempelvis IKT, inköp, logistik och resursplanering med mera som behöver tillföras en avancerad tjänstebransch som hälso- och sjukvård och socialtjänst.

De högsta kostnaderna inom huvudmännens verksamheter är kopplat till grupper som har återkommande och ofta stora behov av vård, omsorg och övrig socialtjänst; huvudsakligen grupper som kan beskrivas som kroniskt sjuka eller funktionsnedsatta¹⁶. Det är då också inom dessa grupper som de stora potentialerna finns till att göra förbättringar när det gäller utnyttjandet av resurserna. Dessa grupper hanteras utifrån en omfattande komplexitet med många inblandade verksamheter och återkommande ansvarsväxlingar. Utvärderingar har visat att ju högre komplexitet desto bättre förutsättningar för att öka kvaliteten i tjänsterna samtidigt som resursanvändningen kan förbättras¹⁷. Målgruppen är därför särskilt viktig att samarbeta kring.

Kartläggningar i olika landsting och regioner av patientgrupper med två eller flera kroniska sjukdomar har visat att dessa utgör cirka en fjärdedel av befolkningen och att nära hälften av befolkningen har minst en kronisk sjukdom¹⁸. De målgrupper av patienter och brukare som har stora behov av landstingets hälso- och sjukvård har också ofta stora behov av kommunal vård och omsorg samt övriga sociala insatser. Det gäller långt ifrån alla patientgrupper med kontinuerliga vårdbehov men det gäller framför allt den relativt stora och ökande gruppen sjuka äldre samt vissa kronikergrupper i andra åldrar och då särskilt grupper med psykisk ohälsa samt beroendeproblematik.

Samhällsutvecklingen i kombination med förbättrad diagnostik och utbyggnad av välfärden har på kort tid förändrat olika målgruppers relativa storlek. Den kroniskt sjuka gruppen har växt snabbt medan grupper inom övriga sjukdomar och i behov av akutsjukvård utifrån skador och trauman har minskat betydligt i relativa tal¹⁹. Utvecklingen kan antas vara i stort sett densamma i "västvärlden" där välfärdssektorerna har utvecklats på liknande sätt. En studie i Storbritannien är därför av intresse då den har sammanfattat utvecklingen i en belysande bild²⁰. På cirka 30 år har sjukdomspanoramata skiftat så markant att man kan tala om ett paradigmskifte för hur hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver agera och samverka. Ett sådant skifte, som får bedömas ha relevans för svenska förhållanden, skickar signaler om att våra strukturer i form av byggnader, vårduppdrag och

Sjukdomspanoramata; ett paradigmskifte



¹⁵ Välfärdsrapport Hur ska välfärden formas i framtiden, SKL 2011

¹⁶ "VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom", Vårdanalys, rapport 2014:2

¹⁷ Exempel kring detta finns bland annat sammanställt i "Mer vård för pengarna – genom organisatoriska innovationer, NUTEK/Tillväxtverket, 2008. Denna möjlighet beskrivs också i "Effektiv vård", SOU 2016:2

¹⁸ Ibid, Vårdanalys rapport 2014:2

¹⁹ Ibid, Vårdanalys rapport 2014:2

²⁰ British Medical Journal (BMJ), 2016

arbetsmodeller knappast kan ha förändrats i samma takt utifrån målgruppernas relativa omdisponeringar i storlek på så kort tid²¹.

Av hälso- och sjukvårdens samlade kostnader åtgår cirka 80 till 85 procent till vård åt kroniskt sjuka²². De äldre är överrepresenterade i gruppen med kroniskt sjuka. Uppemot 85 procent av de som är äldre än 65 år har minst en kronisk sjukdom och 66 procent av denna åldersgrupp har två eller flera kroniska sjukdomar. Mellan 3 till 5 procent av de 65 år och äldre som inkluderas genom indikatorer för "mest sjuka äldre" utgör cirka 50 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader²³. Ett omfattande kartläggningsarbete på individnivå visade att patienter och brukare inom denna grupp ofta har kostnader för vård och omsorg som under en ettårsperiod uppgår till mellan 500 tusen kronor till en miljon kronor²⁴. Detta innebär att ett relativt begränsat antal individer är särskilt viktiga att fokusera på. Nyckeltalet för mest sjuka äldre omsatt till förhållanden i Stockholms län skulle detta innebära totalt mellan 10 560 till 17 600 individer utifrån en total befolkning på 2 231 000 invånare²⁵. När målgrupperna även inkluderar den del av de sviktande individerna som "är på gång" med att bli en "mångbesökare" med eller ännu utan kronisk sjuklighet, samt med bedömda riskgrupper där diagnoser ännu inte fastställts eller sjukdomsförlopp inte har utvecklats, ökar omfånget av individer till att bli många. Dessa är också viktiga att bemöta och utgör en stor potential då hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resurser till stora delar måste beskrivas som fullt upptagna med omhändertagandet av de med stora behov och med mycket begränsat utrymme för att förebygga "risk" för övriga grupper – även om det finns många olika lokala exempel som kan nämnas där sådant arbete bedrivs från tid till tid.

Ett exempel på en annan målgrupp med potential för bättre samverkan, som studerats ingående på individnivå, är mångbesökare inom beroenderelaterad vård och omsorg. De allra mest utsatta och frekventa patienterna är i ständigt skiftande ansvarsväxlingar mellan olika insatser från sjukhusvård, primärvård och insatser från kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst. De sammanlagda vård- och omsorgskostnaderna per individ kan summeras upp till 2 miljoner kronor årligen. Individuella kartläggningar av omhändertagandeprocesserna visade hur vården och omsorgen till dessa patienter löper år efter år utan att några väsentliga förbättringar eller skillnader uppstår. I en studie identifierades den tyngre mångbesökargruppen till minst 200 personer inom Stockholms län; en liten grupp totalt sett som borde kunna fokuseras och få insatser från huvudmännen på ett bättre och mer resursoptimalt sätt²⁶.

Några av de behovsområden där det kan finnas störst potential för kvalitetsförbättringar parallellt med resursförbättringar för både landsting, regioner och kommuner är områden där ansvarsväxlingarna mellan sjukvårdshuvudmännen ofta är täta och återkommande, många gånger i långa processer utan avslut:

- Somatisk multisjuklighet (främst äldre, ofta med inslag av psykisk ohälsa)

²¹ Strukturer som inte har anpassats till kronikergruppers behov av samordnad vård och socialtjänst beskrivs utifrån svenska förutsättningar i Vårdanalys rapport "Samordnad vård och omsorg; en analys av samordning i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem", PM 2016:1

²² Ibid, Vårdanalys rapport 2014:2

²³ Indikatorerna "tre diagnoser eller flera enligt ICD10" samt "inlagd minst 3 gånger i slutenvård under en tolv månadersperiod" har definierats av Stiftelsen Äldrecentrum. Typfallsbeskrivningar av individer utfördes inom det nationella programmet "Bättre liv för sjuka äldre" och redovisades i rapporterna "Utanför sjukhuset; kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende, SKL 2012

²⁴ Kostnadsberäkningar för typfall redovisades i en delstudie "Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre", HCM, 2011, inom programmet "Bättre liv för sjuka äldre"

²⁵ Uppgifter från 2015 då 352 00 personer var 65 år och äldre inom Stockholms län, "Stockholms län – huvudrapport, Befolkningsprognos 2016-2025/50, Stockholms läns landsting/TRF

²⁶ "Mångbesökare inom landstingets specialiserade beroendevård i Stockholm; en studie om vårdkonsumtion, läkemedelsanvändning och kostnader samt patienters och anhörigas erfarenheter av vården", Beroendecentrum Stockholm, Stockholms läns landsting & Sveriges Kommuner och Landsting, 2011

- Psykisk ohälsa med psykiska funktionsnedsättningar
- Missbruk/Beroenderelaterad vård och omsorg
- Habilitering och rehabilitering (inklusive hjälpmedel)

I en kartläggingsstudie visas att med fler kroniska sjukdomar ökar vården och omsorgen samtidigt och exponentiellt på ett tydligt sätt²⁷. Då den äldre delen av befolkningen utgör en dominerande grupp av patienter med kroniska sjukdomar, och att denna grupp kommer att öka väsentligt under den kommande tioårsperioden i mer tätbefolkade områden, har ett antal studier genomförts med försök att bedöma vilken kostnadsutveckling detta kan innebära. Av de sammanlagda kostnaderna för vården och omsorgen riktade till de 65 år och äldre bedöms kommunernas kostnader uppgå till hälften²⁸. Vårdanalys bedömer i sin kartläggning att kostnadsutvecklingen för vården och omsorgen till de äldre kommer att uppgå till mellan 20 till 30 procent fram till år 2025²⁹. Vidare bedöms i de bakomliggande kostnadsprognoserna att möjligheterna till förbättrad funktionsförmåga för det äldre är en starkt påverkande faktor för utvecklingen. Om utvecklingen fortsätter att förbättras utifrån trender som kan ses idag hamnar kostnadsökningen i det lägre intervallet; omkring 20 procent. Ett sådant scenario förutsätter en mer proaktiv hälsovård vilket innebär att kostnaderna ökar mer inom hälso- och sjukvården jämfört med äldreomsorgen. Om däremot ett scenario antas där funktionsförmågan inte fortsätter att förbättras på samma sätt (dvs. förbättringen följer inte samma trend som kan ses idag) bedöms kostnadsutvecklingen hamna i det högre intervallet; omkring 30 procent. En sådan utveckling innebär att äldreomsorgens kostnadsutveckling blir högre än i hälso- och sjukvården. Otillräckliga insatser från en hälso- och funktionsinriktad vård påverkar äldreomsorgens arbetstyngd. Till de bedömningar som görs i denna analys bör läggas till att en hög arbetstyngd inom äldreomsorgen och med svårigheter att kunna bemöta alla behov ökar riskerna för att de mest sjuka patienterna kommer oftare till akutmottagningarna på sjukhus och att onödiga inläggningar i den dyra slutenvården ökar³⁰. Studien av Vårdanalys visar på att landsting, regioner och kommuner är beroende av en aktiv samverkan kring de individer som har stora behov av vård- och omsorgsinsatser för att begränsa en annars eskalerande kostnadsutveckling för respektive huvudman och med risker för lägre kvalitet i det sammantagna omhändertagandet av behov.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) beskriver i sina senaste ekonomirapporter att landets kommuner, landsting och regioner nu står inför ett historiskt trendbrott som innebär att en demografisk klyfta nu skapas³¹.

²⁷ "VIP i vården?", Vårdanalys rapport 2014:2

²⁸ De totala kostnaderna i Sverige för vården och omsorgen till 65 år och äldre har beräknats av Vårdanalys till cirka 210 miljarder kronor varav kommunernas kostnader är cirka 102 miljarder kronor och inkluderar även uppskattningar av kostnadsekvivalenter för närståendes insatser inom äldreomsorgen. I kommunernas kostnader ingår hemsjukvården vilket inte Stockholmskommunerna har övertagit från landstinget.

²⁹ "Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan?", Vårdanalys rapport 2015:8

³⁰ "Utanför sjukhuset: Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende", Sveriges Kommuner och Landsting, 2012. "Onödiga inläggningar" eller "undvikbara inläggningar" är en indikator som används i uppföljningar av om första linjens vård och omsorg får möjlighet att utföra sina uppgifter på ett optimalt sätt

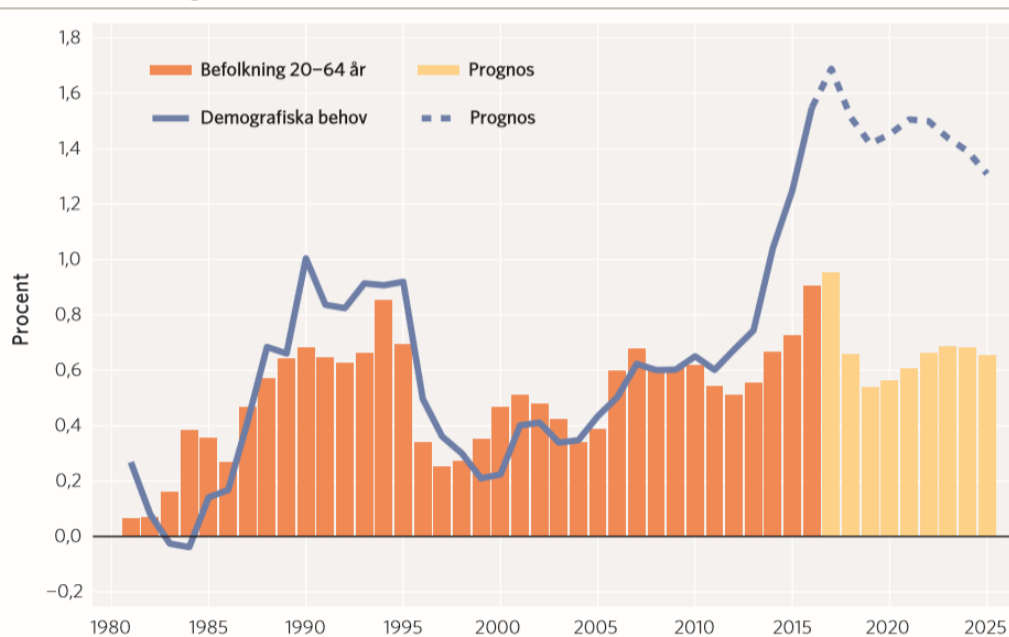
³¹ Ekonomirapporten oktober 2017, SKL, Ekonomirapporten maj 2018, SKL

Klyftan innebär att ett kostnadsgap kommer att byggas upp till följd av en snabb kostnadsökning på grund av tillväxten av äldre och unga i befolkningen samtidigt som den arbetsföra befolkningen krymper i relativ jämförelse. Historiskt har de kostnader som den demografiska utvecklingen medfört kunna täckas av en ökande befolkning i arbetsför ålder som genom förvärvsarbete bidrar med de skatteintäkter som välfärdssektorn finansieras genom. De närmaste 20 åren kommer att avvika från detta tidigare förhållande. Den reala ekonomin som även inkluderar en positiv tillväxtnivå har inga möjligheter att ta in på detta förhållande. Om inga andra åtgärder vidtas bedöms kostnadsgapet öka till 59 miljarder fram till 2021. För kommunerna nationellt bedöms kostnadsgapet uppgå till 39 miljarder kronor och för landstingen och regionerna bedöms det bli 20 miljarder kronor.

Slutsatserna från Ekonomirapporterna är att nya inslag måste in i sammanhanget för att hantera en helt ny nivå av kostnadsutveckling. SKL pekar bland annat på att det vare sig finns tid eller råd att "fastna i gamla sätt att tänka och arbeta"³². Att det krävs ett nytänkande om hur verksamheterna kan utvecklas och omformas. Mer konkret pekar man på möjligheterna i att bättre utnyttja digitaliseringen som i olika rapporter pekats ut som en stor potential för samtidiga kvalitetsförbättringar och förbättringar i användningen av resurserna³³. Vidare pekar SKL i sin Ekonomirapport på möjligheterna till att bättre och mer omfattande utnyttja inslagen av proaktiva arbetsätt i vården och omsorgen, som tidig upptäckt och ökade möjligheter till egenvård. I den senaste Ekonomirapporten pekas samverkanspotentialen inom och mellan huvudmännen ut mer tydligt med en uppmaning att tänka nytt och stort och med mindre fokus på gränsdragningar i sammanhang där potentialerna är stora för samverkansparterna³⁴.

Diagram 2 • Befolkningen 20–64 år respektive demografiskt betingade behov

Procentuell förändring



Källa: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting.

³² Ibid, SKL 2017

³³ "Värdet av digital teknik i den svenska vården, McKinsey, 2016

³⁴ Ekonomirapporten, maj 2018, SKL

Slutsatser av omvärldsutvecklingen

- Framför allt den demografiska utvecklingen men också att alltmer av tidigare strukturer från hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens uppbyggnad under 1960- och 70-talen behöver nya investeringar i infrastrukturen innebär att en historiskt hög kostnadsutmaning står inför dörren
- Att öka produktiviteten inom befintliga arbetssätt räcker inte till – istället behövs ett starkare fokus på nya arbetssätt i form av organisatoriska innovationer som kan bidra med både högre kvalitet och förbättrad resursanvändning samtidigt. Allt fler ekonomirapporter pekar numera ut detta som en av de viktigaste strategierna för att klara kostnads- och kvalitetsutmaningen.
- Den snabba digitala utvecklingen utgör en stor potential för dessa nya arbetssätt och möjligheter till betydligt effektivare samverkansströmmar mellan inblandade aktörer.
- Kartläggningar på såväl makro- som mikronivå visar att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens huvudmän är ömsesidigt beroende av varandra för att kunna hantera kostnadsutvecklingen. Kostnadsutvecklingen för parterna kommer främst utifrån grupper som har stora och samtidiga behov av insatser från både landsting, regioner och kommuner.
- Ett ökat fokus på planering och samverkan kring vissa särskilda målgrupper, och en övergång till mer av en samordningskultur istället för gränsdragningspolitik, blir allt viktigare som en strategi för att klara de utmaningar som finns. En sådan utveckling behöver starta nu då den starka demografiska effekten nu kommer att slå igenom med full kraft under de närmaste 10 åren.

Behovet av att hitta nya samverkansformer – en ny typ av hälso- och sjukvårdsavtal mellan landsting, regioner och kommuner?

Detta kapitel avser att belysa ett ökat intresse för att sluta samverkansavtal inom hälso- och sjukvård och även socialtjänst som kan förstärka potentialerna i samverkan och förnyelse mellan landsting, regioner och kommuner. Med försök till förnyade angreppssätt och arbetsmetoder finns exempel i olika regioner inom Sverige där man har försökt nå samverkansavtal som ska förstärka implementeringen av gemensamma målsättningar och arbetssätt, och där man vill skifta fokus från ”gränsdragningspolitik” till en ny form av samordningskultur över ansvars- och verksamhetsgränser.

Två fallstudier av processer som ledde fram till regionövergripande Hälso- och sjukvårdsavtal återges nedan. Dessa utvecklades i stort sett under samma tidsperiod mellan 2014 till 2016 i Region Skåne respektive Västra Götalandsregionen – två regioner som kan uppvisa en storlek och komplexitet, genom antalet organisationer och mångfald av kommuner, som är av relevans för en erfarenhetsåtervinning för Stockholms län.

Bakgrunden – den svåra samverkan

Det har under lång tid framkommit resultat som visar på hur svårt det är att få till en bra och patient/brukarcentrerad samverkan över huvudmannagränserna. En rad olika utredningar har exempelvis pekat på att samverkansprocesser kräver mer av en gemensam helhetssyn på målgrupper och enskilda individers behov. Samtidigt som detta ofta är beskrivet i olika avtal- och styrdokument mellan parterna bryts samsynen upp av att man egentligen inte har detta gemensamma uppdrag i praktiken utan styrs och ersätts utifrån de olika och separata insatser respektive huvudman och utförarorganisation har ansvar för³⁵.

Utvärderingar av samverkansavtal mellan landsting, regioner och kommuner pekar ofta på uppenbara brister i implementeringen, och ett ofta obefintligt fortsatt stöd för samverkan efter att avtalen slutits³⁶. Den omfattande komplexitet som finns genom olika styrningsimpulser, oklara ansvarsroller, skilda lagrum och inte minst det svåra utbytet av vårddokumentation, gör att samverkan enligt intentioner och avtal är svåra att få till. Vidare är det inte ovanligt att i verksamheter med uppenbara begränsningar av resurser och med tydligt fokus på kostnadskontroll uppkommer misstänksamheter om att en part försöker att skaffa sig ett bättre läge genom att förändra ansvarsroller - och på detta sätt ”kostnadsövervältra” på den andra parten. Denna situation är ofta fallet och förmodligen eller nästintill en del av verksamhetskulturen i många län och regioner runt om i Sverige – inte minst inom de två regioner som beskrivs i fallstudien nedan.

Västra Götaland – nytänkande process för att komma till ett hälso- och sjukvårdsavtal

I samband med regionbildningen 1999 slöts ett avtal om samverkan och ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården mellan den nya regionens kommuner och Västra Götalandsregionen. I

³⁵ Samverkan och styrningsproblematiken beskrivs exempelvis i rapporterna ”Från samverkan till samordnad vård och omsorg”, Rapport till Socialstyrelsen, Governo december 2015, ”Från insats till individ: Effekter och möjliga resultat av samordnat omhändertagande samt kostnadsstyrning för grupper med stora behov”, Rapport till Socialdepartementet, HCM, oktober 2013

³⁶ En FoU-rapport samt en revisionsrapport är exempel som belyser dessa problematiker i de följande fallstudieområdena Västra Götaland och Skåne - ”Västbus – hur funkar det? Rapport från en undersökning och ett förbättringsarbete om barn och unga i behov av stöd”, Anna Melke, FoU i Väst, Rapport 1:2015, ”Granskning av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne – Slutlig jämförande rapport”, Capire Consulting, september 2018

samband med den senaste aktuella förlängningen av detta avtal sågs ett behov av modernisering av hälso- och sjukvårdsavtalet av flera skäl³⁷.

➤ Omvärldsutvecklingen

Den digitala teknikens genombrott ansågs ha förändrat förhållandena för hur öppenvården kan bedrivas. Hemsjukvårdens utveckling sågs som viktig för ett fortsatt samarbete utifrån detta förhållande. En annan viktig faktor som angavs var resursutmaningen för såväl regionen som kommunerna. Med en utveckling som tyder på allt knappare resurstillgång för parterna behöver en ökad effektivitet uppnås. Förnyade samverkansformer sågs som en stor potential för detta.

➤ Behov av nytt angreppssätt för att nå samverkan

Utvärderingar av olika samverkansavtal inom Västra Götaland visade ofta på en brist av reella resultat. Återkommande gränsdragningar och brist på gemensamma synsätt och arbetsätt signalerade att vägen mot ett nytt Hälso- och sjukvårdsavtal borde bedrivas mer som ett lärande, mindre som förhandlingar och mer som dialog med involvering av betydligt fler medarbetare än huvudmännens ledande politiker, toptjänstemän och juristkårer. Fram växte idéerna om att formeringen av ett nytt avtal borde från början till slut, och även efter avtalslut, ha individen, dvs. patienten eller brukaren, som ledstjärna för diskussionerna om samverkan. Måttstocken bör vara om den samverkan som diskuteras och planeras ger värde för individen som behöver de samlade tjänsterna – och vad detta innebär i sin tur för hur man kommer överens om ansvar och samverkansprocesser. Utifrån detta lade man stor vikt vid att utveckla och hålla sig inom en gemensam värdegrund: 1) Individens behov, inflytande och självbestämmande är utgångspunkten, 2) Utifrån patientens perspektiv ska vården vara tillgänglig, effektiv och säker med god kvalitet och gott bemötande, 3) varje medarbetare bidrar aktivt med sin kunskap och kompetens och samarbetar så att hälso- och sjukvården upplevs som en välfungerande helhet.

➤ Minskad komplexitet

Inom samverkansområdet fanns det många olika avtal och överenskommelser mellan huvudmännen för hälso- och sjukvården. Detta bidrog till en komplex bild och med ett omfattande arbete totalt sett att hantera. Olika avtal kunde ha olika modeller för samverkan vilket ytterligare försvårade för samverkansrutinerna. Ett nytt gemensamt avtal för hälso- och sjukvården borde utgöra ett överavtal och vara vägledande för samtliga underavtal. På detta sätt så skulle också de olika underavtalens tidsperioder kunna synkas för att avlasta verksamheternas avtalsarbete samt skapa mer tydlighet om gällande villkor.

Det nu gällande Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland omfattar alla de områden där avtalsparten kommunen och Västra Götalandsregionen har ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar, med kommunal hälso- och sjukvård där kommunerna ansvarar för sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, och med regionens ansvar för läkare och övriga kompetenser för dessa patienter. Avtalet har inte ingåtts med någon särskild segmentering av gemensamma patientgrupper utan den så kallade "tröskelprincipen" används alltså där patienter som utan större svårigheter kan ta sig till primärvårdens och specialistsjukvårdens mottagningar ingår Västra Götalandsregionens ansvar³⁸. Därutöver ansvarar regionen för rehabiliterings- och habiliteringsinsatser som behöver utföras inom primär- och specialistvård. Vidare ska regionens sjukvård bistå med handledning och kunskapsöverföring kring aktuella patienter till kommunens

³⁷ Den följande skrivningen bygger djupintervjuer med de två processledarna från regionen respektive kommunernas samverkansförbund Västkom, samt skriftlig dokumentation om avtalet och sammankopplade styrdokument

³⁸ Vilket även inkluderar hälso- och sjukvård i hemmet då insatserna är av tillfällig karaktär och del av pågående behandling, rehabilitering eller utredning. Om överenskommelse skett i enskilda fall ska kommunal hälso- och sjukvård utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under kvälls- och nattetid för patienter som normalt besöker regionens vårdcentraler.

personal inom vård, omsorg, rehabilitering och hantering av medicintekniska produkter. Huvudprincipen är att parterna var för sig har ett ekonomiskt ansvar för beslut, ordinationer och förskrivning som görs av respektive huvudman.

Västra Götalands Hälso- och sjukvårdsavtal blev aktivt 2017-04-01 och gäller till 2020-12-31. Det kan sägas upp senast 12 månader innan avtalstiden löper ut. I övrigt förlängs avtalet med två år i taget. Vid väsentliga förändringar kan en ny översyn av avtalet göras genom det politiska samrådsorganet SRO³⁹. Underavtalen till det beskrivna huvudavtalet är exempelvis "överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk" och "Ramavtal om läkarinsatser inom kommunernas hälso- och sjukvård i Västra Götaland". Det regionövergripande Hälso- och sjukvårdsavtalet omfattar även samverkan mellan regionens hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst – även om detta område inte utvecklats lika tydligt som hälso- och sjukvårdsområdena.

Under 2014 hade den politiska samrådsprocessen sett över tidigare Hälso- och sjukvårdsavtal och vad som var viktigt inför en förnyelse genom att samla in och värdera synpunkter från samtliga huvudmän i regionen. När uppdraget initierades till tjänstemännen att sätta igång processen mot ett nytt avtal, under första kvartalet 2015, var några principer satta och avböckade för att inte kunna dyka upp senare. Den initiala samrådsprocessen summerade att tidigare avtalsprocesser hade haft för mycket fokus på "organisation" och "förhandling". Den nya processen behövde andra styrformer med nytt fokus på "individens" (istället för organisation) behov och värde av tjänsterna; i meningen patientnytta. Vidare var "dialog" (istället för förhandling) viktigt som ett sätt för att öka lärandet om varandras förutsättningar och verksamheter och för att komma fram till mer fokus på fungerande samverkan. Vidare tydliggjordes att frågan om en ny skatteväxling inte var aktuell. Att fokusera på lösningar istället för gränsdragningar skulle genomsyra arbetet.

När uppdraget gick vidare till beredning mot ett förnyat Hälso- och sjukvårdsavtal organiserades detta som en bred samtalsprocess under ledning av två processledare som utsågs från tjänstemannasidan inom regionen respektive kommunerna via Västkom. Arbetsprocessens tänkbara förlopp beskrevs inledningsvis som olika scenarier beroende på hur samsynen kunde antas utvecklas eller inte. Det beskrivs som viktigt för att klargöra att inget var bestämt på förhand och att alla involverade var viktiga för att nå en konstruktiv utveckling. Knäckfrågor identifierades och lyftes fram tidigt istället för att skjutas framåt eller läggas åt sidan tills vidare. För att hantera de fyra kritiska knäckfrågorna som identifierats bildades en gränsöverskridande arbetsgrupp för varje fråga och respektive grupp leddes av en delprocessledare⁴⁰. I workshop-liknande forum bearbetades förutom de löpande knäckfrågorna även omvärldsanalyser med fokus på systemtänkande samt uppbyggnaden av en värdegrund, tidigare beskriven, med en målsättning att få den mer "under skinnet". Med vetskapen om att implementering av hälso- och sjukvårdsavtal mellan huvudmännen ofta är den svaga punkten lade man stor vikt vid lärande av varandra. Exempelvis utvecklade man flertalet olika patientfall för att klargöra samverkansytor och ansvarskombinationer. 900 personer deltog på olika "kick-off-möten" och "överlämningskonferenser" mot slutet av processen under 2016 för att klargöra och etablera Hälso- och sjukvårdsavtalet.

³⁹ SRO är ett för avtalet sammansatt politiskt samrådsorgan som består av fem representanter från Västkom (samverkansorganisation för de fyra kommunalförbunden i Västra Götaland) och med fem representanter från Västra Götalandsregionen. SRO kan inte besluta utan endast ge rekommendationer för beslut av parterna.

⁴⁰ De fyra knäckfrågorna med arbetsgrupper var: "Ansvar & avvikelser", "Vårdens övergångar", "Tillämpning" och "Överenskommelse Psykiatri och Missbruk i Västra Götaland (den senare arbetsgruppen med fokus på särskilda och komplexa patient/individgrupper tillsattes för att det var en samtalsprocess som redan förts under en tid, som ännu inte avslutats och som behövde fasas in i det nya övergripande Hälso- och sjukvårdsavtalet)

Processledarna var på löpande turné genom olika forum som arrangerades av regionens olika kommunalförbund, vårdsamverkansorgan samt Västra Götalandsregionen. Dialogprocesserna underlättades av den statliga utredningen "Effektiv vård", som fick mycket uppmärksamhet under samma tid, som pekade ut ett förhärskande gränsdragningsfokus som ett av de stora problemen till att hälso- och sjukvården inte utnyttjade sina resurser väl och bemötte patienternas behov tillräckligt väl⁴¹.

Kommunikation och lättillgängliga skrivningar av avtalsförslag och senare avtalade grunder var centralt i arbetet. Avtalet måste kunna förstås av alla och när som helst då denna information behövs. I arbetsprocessen lades mycket tid och resurser på professionell kommunikation och lättillgängliga web-kommunikationer; något som fortfarande är framträdande idag. Vidare arbetades fram lathundar och vägledning till avtalet; särskilt gällande områden där risk för otydliga överlappningar av ansvar kan uppstå; som exempelvis inom paramedicinska uppdrag.

Med inspiration från det parallella arbetet med ett nytt Hälso- och sjukvårdsavtal i Skåne (vilket beskrivs i det följande) antog man mot slutet av avtalsprocessen i Västra Götaland ett antal gemensamma utvecklingsområden. Detta var också ett nytt grepp för hur huvudmannaövergripande hälso- och sjukvårdsavtal ser ut. Tanken är att fokus på utveckling också ska länka utvecklingsambitioner till avtalet och göra det framåtsyftande och förhoppningsvis mer inspirerande. Avtalet sammanfattar detta med nedanstående "utvecklingsåtaganden"⁴²:

- Gemensamma mobila vårdformer
- Förebyggande insatser för riskgrupper
- Förändrad vårdlogik – från reaktivt till proaktivt arbete
- Utvecklingsarbete kring de mest sjuka äldre
- Samverkan kring patienter med specialiserad och avancerad vård i hemmet
- Utarbeta ny överenskommelse utifrån kommande lagförslag Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård
- Gemensamma strategiska beslut om e-hälsa, it-stöd och informationsförsörjning:
It-stöd ska kunna omhänderta överföring av medicinsk information, information om rehabilitering och omsorg, aktuella läkemedelsordinationer samt avvikelserapporter i samverkansfrågor
Individens perspektiv och behov är i centrum för utveckling av nya digitala lösningar

I anslutning till detta definieras även de gemensamma utmaningarna i avtalet:

- Utarbeta gemensam strategi för kompetensförsörjning och kompetensutveckling för Västra Götaland
- Säkra kompetens till områden med stora avstånd till tätorter
- Anordna gemensamma utbildningar och kurser inom områden som avtalet reglerar
- Ta fram läns- och regiongemensamma riktlinjer utifrån nationella riktlinjer och vårdprogram för de gemensamma patientgrupperna
- Resurser:
Utforma ersättningsmodeller och patientavgifter så att intentionerna i avtalet stöds.
Skapa mervärde för patienter genom att använda de gemensamma resurserna effektivt

I Hälso- och sjukvårdsavtalet för Västra Götaland beskrivs även hur detta ska följas upp. Uppföljning ska ske årligen genom att de delregionala vårdsamverkansgrupperna lämnar rapport enligt anvisningar till det regionövergripande vårdsamverkansorganet Vårdsamverkan Västra Götaland

⁴¹ "Effektiv vård", SOU 2016:2

⁴² Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland, Västkom & Västra Götalandsregionen, 2017 samt web-versionen <http://www.vardsamverkan.se/dokument/hosavtal/webbversion-av-avtalet/5-gemensamma-utvecklingsomraden/>

(VVG)⁴³. Uppföljningen bör innehålla utvärderingar av följsamheten till avtalet inklusive de viktiga underavtalen, rutiner kring samordnad vårdplanering och övriga gemensamma rutiner.

Västra Götalands hälso- och sjukvårdsavtal – observationer

➔ En väl strukturerad process

Det som utmärker Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland är särskilt processen för hur avtalet växte fram och sedan lanserades i regionen. Processen för arbetet, där mycket tid lades för att arbeta in ett patient- eller individperspektiv samt samverkansfokus mot lösningar, och där värdegrundsarbetet var i centrum, är särskilt utmärkande i förhållande till andra regionala eller länsammanslagningar. Även den tid som lades ner på omvärldsbeskrivningar och nya synsätt på värdeskapande system skiljer ut sig.

➔ Dialogfokus för att nå ökad samsyn

Angreppssättet med en involverande process och fokus på nytta för patienten eller individen öppnade upp för gränsöverskridande dialoger. Metoder som underlättade dialog, som exempelvis workshopformat istället för förhandlingsbord samt patientprocessbeskrivningar, var nya inslag. Arbetsgrupper med deltagare från regionen och kommunerna, som fick ta sig an knäckfrågorna, var ett sätt att skapa bättre samförståelse och samsyn. Allt detta tog mycket tid. Om det verkligen gav resultat i slutändan är idag svårt att bedöma.

➔ En stödjande organisering för samverkan

Den vidsträckta Västra Götalandsregionen är uppbyggd på de tidigare tre länen och landstingen (samt Göteborgs kommun som tidigare sjukvårdshuvudman) och har med denna bakgrund väl etablerade och välfungerande lokala vårdssamverkansorgan⁴⁴. Denna struktur har varit till nytta för förankringen av Hälso- och sjukvårdsavtalet samt för att utveckla och tillämpa lokala anpassningar och därmed legitimitet för avtalet.

➔ För lite fokus på uppföljning

Såsom avtalet utvecklades och formerades, med basen utifrån den gemensamma värdegrunden och med fokus på att hitta samverkanslösningar utifrån individfokus och nytta, är utvärderingsinsatser viktiga för att skapa trovärdighet kring hela angreppssättet. Det är också angivet i avtalet att detta ska ske årligen. Det finns vidare en uppenbar nytta av utvärderingar för att riktningen mot utvecklingsmålen ska hållas. Trots detta så har inga riktiga uppföljningar eller utvärderingar enligt intentionerna genomförts. En anledning som anges för detta är att denna uppgift inte resursatts efter avtalsslutet. Exempelvis avslutades processledarnas uppdrag i och med att arbetsprocessen upphörde. Ofta underskattas betydelsen av att processen måste verka vidare in i en djupare implementering så att chefslinjerna berörs även efter avtalsslut. Likheter med projekthantering och varför dessa insatser inte får genomslag är påfallande i detta sammanhang.

➔ Resultatet i detta läge

⁴³ Det finns sex delregionala vårdssamverkansgrupper i Västra Götaland; Kommun och sjukvård – samverkan i Göteborgsområdet, Närvårdssamverkan SIMBA (Kungälv, Ale, Stenungssund, Tjörn), Vårdssamverkan Fyrbodalen (norra Bohuslän samt Trollhättan och Vänersborg), Vårdssamverkan Skaraborg, Närvårdssamverkan Södra Älvsborg (Borås och omkringliggande kommuner) samt SAMLA Samverkan i Lerum och Alingsås.

⁴⁴ De tre län som bildade Västra Götalandsregionen var Göteborgs och Bohus län, Skaraborgs län samt Älvsborgs län.

Då uppföljningar eller utvärderingar inte har gjorts är det för närvarande svårt att bedöma resultat och följsamhet utifrån Hälso- och sjukvårdsavtalet. Såsom ofta är fallet är utvecklingen enligt avtalstankarna förmodligen i olika takt inom Västra Götaland. Inom vissa samverkansområden finns bättre förutsättningar för samverkanskultur än i andra områden. Intrycket från intervjurespondenterna är övergripande att det finns tecken på såväl framåtrullning som tillbakarullning samtidigt. Kring de mer komplexa patientgrupperna inom psykiatri och missbruk har inga särskilda nya former av framsteg noterats utifrån utförarverksamheternas arbete. Inom den gemensamma vården till hemsjukvårdspatienter (framför allt mest sjuka äldre) kan väsentliga samverkansförbättringar ses men beror till stor del på särskilda stödformer av projektmedel och aktivt följeutvärderingsarbete⁴⁵.

Skåne – fokus på nytänkande samverkanslösningar

Det finns många paralleller mellan de framförda sakskaleten för ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal inom Skåne såväl som Västra Götaland. Den regionövergripande politiska styrgrupp som föregick och initierade behovet av ett nytt Hälso- och sjukvårdsavtal för Skåne (under 2013) pekade på behovet av att ha ett tydligare vårdtagarfokus för att nå viktiga samverkansöverenskommelser⁴⁶.

Vidare nåddes en samsyn kring att ett nytt avtal ska kunna stödja den pågående utvecklingen, till följd av omvärldsförändringar som beskrivits ovan, att alltmer av sjukvården, även från sjukhusspecialiteterna, flyttar in i vårdtagarnas hemmiljö. En utvecklingstrend som beskrevs i underlagen var effekter av båda huvudmännens handlande; 1) Antalet vårdplatser på sjukhusen har minskat 2) Antalet platser på kommunala särskilda boenden har minskat 3) Antalet personer som bor i ordinärt boende och har hemtjänst har ökat. Samtidigt ökar andelen äldre i Skåne med cirka 15 procent. Utmaningen för Skåne demografiskt är dock att de allra äldsta (80 år och äldre) ökar med hela 25 procent fram till år 2025 vilket är bland de högsta ökningstakterna i landet⁴⁷. För att klara snabbt ökande vårdbehov sågs ett behov av att även utveckla gemensamma nya vårdlösningar där hemsjukvården utgör mer av basen för de mest sjuka⁴⁸.

Beskrivningen av omvärldstrender som skäl för att en ny typ av Hälso- och sjukvårdsavtal behöver utvecklas var inte lika tydligt som i Västra Götalands samtida initiativ i samma fråga. Däremot fördes det att ett nytt avtal skulle vara tydligt fokuserat på att parterna skulle utveckla nya vårdformer i samverkan – där just samverkan sågs som enda sättet att komma åt dessa nya vårdformer. En möjlig drivkraft till detta var goda erfarenheter av teambaserad samverkan mellan stadsdelar inom Malmö stad, primärvården i Malmö och sjukhuset i staden. De teambaserade arbetssätten över hälso- och sjukvården och även med den kommunala omsorgen inblandad visade i utvärderingar på överraskande goda effekter och uppskattning av medarbetarna i samtliga inblandade organisationer⁴⁹.

⁴⁵ Satsningen på breddinförande av Mobil Närvård i Västra Götaland är en satsning med projektmedel till samverkansinitiativ över huvudmannagränser och även mobila team som utgår från sjukhus. Drygt 100 mkr har satsats på 24 godkända projekt som täcker i stort sett hela regionen, <http://www.vardsamverkan.se/samverkanteman/aldre/mobilnarvard/>

⁴⁶ "Konceptuellt underlag för kommande hälso- och sjukvårdsavtal mellan de skånska kommunerna och Region Skåne", Tjänstemannagruppen för nytt hälso- och sjukvårdsavtal, 2014-06-12

⁴⁷ "Skånes befolkningsprognos 2014-2023", Avdelningen för regional utveckling, Stab/Enheten för samhällsanalys, 2014-08-20, Region Skåne

⁴⁸ Där inga särskilda referenser ges till angivna dokument bygger den fortsatta redovisningen på djupintervjuer med fyra nyckelpersoner i arbetet med att forma ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal, från Region Skåne respektive Kommunförbundet Skåne

⁴⁹ Två teambaserade initiativ har genomförts i Malmö och utvärderats; Projekt NISSE och ÄMMA-teamet; "Slutrapport projekt Nisse (Närsjukvård i Samverkan ger Starka Effekter)", Arbetsgruppen för

Grunderna för det Hälso- och sjukvårdsavtal som växte fram i Skåne mellan 2014 till 2016 beskrevs alltmer som en form av ”utvecklingsavtal” mellan huvudmännen; i botten ett mer traditionellt grundavtal men som kompletterades med en ytterligare avtalsdel i form av en sorts ”letter of intent” för att använda en term som förekom i diskussionerna⁵⁰. Utifrån en konceptuell beskrivning som utförts av en representativ tjänstemannagrupp för huvudmännen i Skåne, på uppdrag av den gemensamma politiska styrgruppen för nytt hälso- och sjukvårdsavtal, togs ett beslutsunderlag fram av Kommunförbundet Skåne och Region Skåne där det stadfästes att det nya Hälso- och sjukvårdsavtalet ska utarbetas som ett utvecklingsavtal⁵¹. Två delområden inom ett kommande samverkansavtal angavs ha särskilt stora utvecklingsbehov: 1) Hemsjukvården för de mest sjuka och 2) Rehabilitering på basnivå. Avtalet ska gälla alla patientgrupper i fråga för samverkan och oavsett ålder.

Arbetsprocessen mot ett nytt Hälso- och sjukvårdsavtal för Skåne följde inte en lika planlagd dialogprocess och ledning som fallet var i Västra Götaland⁵². En mindre tjänstemannagrupp från Kommunförbundet Skåne och Region Skåne beredde frågorna och organiserade möten med olika grupperingar. Två tjänstemän som ingick i tjänstemannagruppen, från Kommunförbundet Skåne respektive Region Skåne, var de som turnerade runt i Skåne för att beskriva arbetet och de framväxande grunderna. Under en period fanns en extern konsult engagerad för att driva processarbetet men när dennes uppdrag upphörde avstannade olika viktiga inslag i arbetsprocessen. Personbyten inom tjänstemannagruppen påverkade också kontinuiteten i utvecklingsarbetet kring avtalet.

Ett sammanlagt intryck av genomförda intervjuer är att det saknades en mer tydlig genomförandeplan och att man tog det lite för lätt på det därefter svåra implementeringsarbetet – detta trots den komplexa och utmanande uppgiften utifrån rådande förutsättningar. Bland annat då det sedan tidigare fanns en misstänksamhet inom en del kommuner i förhållande till Region Skåne om bland annat kostnadsövervärlingar på grund av intresset från regionens sida för hemsjukvårdens utvidgning. Just kostnadsfördelningsfrågorna, på grund av den föreslagna utvecklingsdelen i Hälso- och sjukvårdsavtalet, kom att utvecklas på ett sätt så att det hotade att bli en barriär för ett regionomslutande hälso- och sjukvårdsavtal. En förbättrad och utökad teamsamverkan inom hemsjukvården, även med deltagande från sjukhusbaserade specialistkompetenser, antogs på många håll kunna utveckla en vård med högre kvalitet och bättre resursanvändning totalt sett.

Det framstod dock som uppenbart att sjukhusen skulle vara den part som hade mest att tjäna på detta. Ett ofta förekommande och naturligt antagande bland kommunernas ekonomer var att hemsjukvården i kommunal regi, och även hemtjänsten, skulle få en betydligt ökande tyngd av patienter att hantera om utvecklingsdelen av avtalet sattes i verket. Antagandet byggde huvudsakligen på de nuvarande förhållandena av samarbete och inte på de möjligheter och resultat som låg i nya och tätare samverkansförhållanden som det fanns olika exempel på runt om i landet; och då även på vissa håll i Skåne. För att få en bedömning av resultateffekter utifrån möjliga framtida samverkansmodeller beställdes en särskild utredning där ett urval av skånska typfall av patienter inom målgruppen mest sjuka, valdes ut från kommuner som bedömdes representera Skånes olika förhållanden. Dessa anonymiserade typfall med journalanteckningar prövades i simuleringar utifrån ett tänkbart omhändertagande med hjälp av ett etablerat samverkansteam inom kommunal

projektet/Lars Stavenow, Region Skåne och Malmö stad, november 2006. ”Projektrapport ÄMMA – Äldre i Malmö Mobilt Akutteam”, Skånes Universitetssjukhus, Lars Stavenow m.fl. 2014

⁵⁰ Begreppet ”Letter of intent” kan jämföras med en form av ”avsiktsförklaring”

⁵¹ ”Konceptuellt underlag för kommande hälso- och sjukvårdsavtal mellan de skånska kommunerna och Region Skåne”, Tjänstemannagruppen för nytt hälso- och sjukvårdsavtal, 2014-06-12 samt ”Nytt hälso- och sjukvårdsavtal, Beslutsförslag, Kommunförbundet Skåne & Region Skåne, 2014-06-23

hemsjukvård, primärvård och sjukhusbaserad specialistkompetens – en teammodell som var av den typ som var målsättningen med utvecklingsdelen inom det tänkta Hälso- och sjukvårdsavtalet. Resultatet vidgade bedömningen till att även inkludera de tidsvinster och resursförbättringar som uppstår inom både kommunal hemsjukvård och hemtjänst av mindre ansvarsväxlingar och mer proaktivt hälso- och sjukvårdsarbete⁵³. Resultatet av simuleringar med patienttypfall enligt metoden visade att vid sidan om väsentligt bättre resursutnyttjande av specialistvården så fanns en potential att reducera hemsjukvårdens kostnadsutveckling (inom kommunens ansvarsområde) med omkring 30 procent och att omsorgens volymökningar bör kunna stabiliseras och brytas i sin för närvarande snabba kostnadsutveckling. Därutöver kan kostnader för korttidsplatser försvinna eller minska väsentligt samt att ökningstakten till särskilda boenden kan minska med cirka 30 procent.

Skillnaden mot Västra Götalands arbete med att driva processen mot ett unisont antaget hälso- och sjukvårdsavtal var att det inte fanns lika tydliga stödstrukturer samt att uppenbara knäckfrågor inte lyftes fram tidigt för att i någon mån kunna ”lyftas bort” ur processen. Att skatteväxling inte var en aktuell fråga att föra på tal uttalades exempelvis tidigt i Västra Götalands process men i Skåne var det något som med jämna mellanrum dök upp. Det troliga resultatet av dessa förhållanden var att arbetsprocessen till ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal blev längre än väntat i Skåne - och förmodligen med lite mer turbulens än det jämförande exemplet i denna studie. Däremot uppnåddes i viss utsträckning ett nytänkande i Skåne och en känsla på flera håll att man var på spåren till en stor möjlighet genom nya samverkanskrafter. Hälso- och sjukvårdsavtalet, allmänt kallat ”HS-avtalet” omtalades på många håll som en ”ny vårdform”.

På samma sätt som Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland omsluter Hälso- och sjukvårdsavtalet i Skåne alla områden där de skånska kommunerna och Region Skåne har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar. Grundöverenskommelsen är oförändrad utifrån det första regionövergripande hälso- och sjukvårdsavtalet som slöts 1999 i samband med bildandet av Region Skåne. På samma sätt som i Västra Götaland är det den så kallade tröskelprincipen som allttjämt gäller. I koppling till denna grundöverenskommelse finns tidigare avtal och överenskommelser inom olika områden mellan kommunerna och Region Skåne angivna som ”bilagor”; exempelvis Ramavtal om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården, Regelverk för samordnad vårdplanering, Överenskommelse om habilitering i Skåne, Ramöverenskommelse om samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa. På detta sätt kan Hälso- och sjukvårdsavtalet i Skåne, på samma sätt som i Västra Götaland, beskrivas som ett huvudavtal med de befintliga samverkansavtalen eller överenskommelserna som underavtal. Strävan efter att sammankoppla alla avtal till huvudavtalets grunder och tidslängder är dock inte lika uttalad som i Västra Götaland.

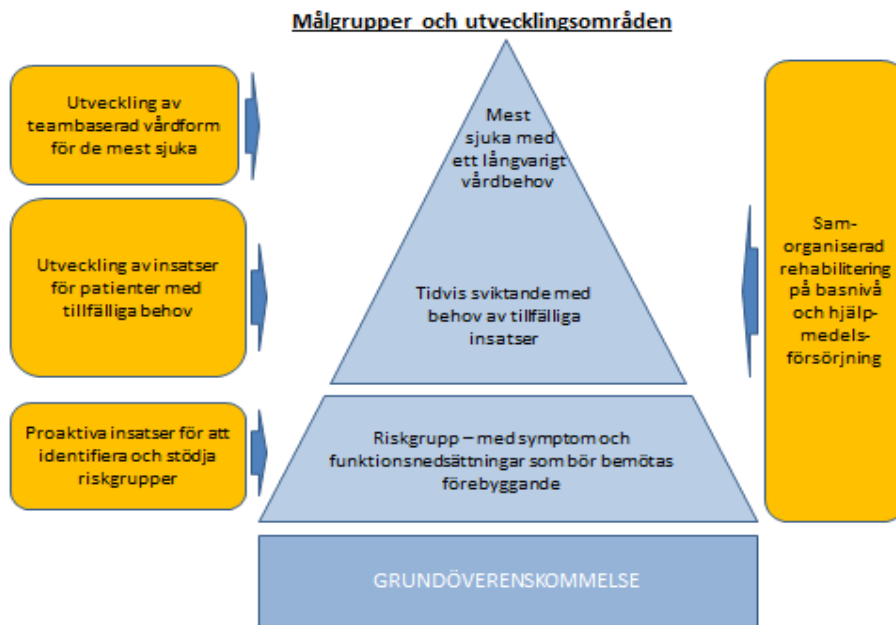
Hälso- och sjukvårdsavtalet antogs slutligen av alla huvudmän i Skåne och började gälla från 1 september 2016. Avtalet gäller tillsvidare. Från 1 januari 2020 gäller en uppsägningstid med 18 månader. Justeringar i avtalet kan göras om parterna är överens om detta; exempelvis utifrån lagförändringar eller resultat av förändrade arbetsätt. Detta gäller Grundöverenskommelsen som utgör avtalets Del A.

Den så kallade Utvecklingsplanen, avtalets Del B, innehåller fyra utvecklingsområden och kan sägas upp med uppsägningstid av 18 månader från och med 1 januari 2018. Utvecklingsplanen beskriver en ny typ av segmentering av målgrupper som därmed inkluderar alla vårdtjänster och kompetenser

⁵³ ”Målgrupper i fokus för samverkan – bedömningar av kostnadsutveckling och potentialer”, Implement Consulting Group, mars 2016

som är aktuella i sammanhanget, somatisk vård, psykosocial/psykiatrisk vård och rehabilitering⁵⁴. Grundöverenskommelsen utgör basen för det fortsatta utvecklingsarbetet enligt Utvecklingsplanen.

Tre målgrupper är i fokus för Utvecklingsplanen: 1) mest sjuka med långvariga behov 2) Tidvis sviktande med behov av tillfälliga insatser 3) Riskgrupper med symptom och funktionsnedsättningar som bör bemötas förebyggande. Till varje målgrupp beskrivs grunder för nya former av samverkande interventioner som avtalet uppmanar till utveckling och nytänkande kring. Utöver detta visar utvecklingsplanen på en ytterligare målsättning att utveckla en över huvudmannagränserna samordnad rehabilitering på basnivå som även inkluderar hjälpmedelsförsörjningen. Detta summerar till fyra utvecklingsuppdrag för avtalsparterna att driva i samverkan.



➤ Målgruppen Mest sjuka – omfattande och långvariga vårdbehov

Målgruppen mest sjuka har långvariga och bestående behov. De flesta antas finnas inom hemsjukvården för personer i ordinärt boende, eller är de som upptäcks ha behov av detta genom den nya vårdformen. Målgruppen innefattar även de som finns i särskilt boende och inom korttidsplatser. Vårdformen är ett teambaserat samarbete mellan kommunal hemsjukvård och övrig hälso- och sjukvård tillsammans med läkarstödet samt andra aktuella kompetenser som finns inom Region Skåne. En patient blir inskriven i vårdformen för Mest sjuka genom gemensamt beslut av respektive kommun och Region Skåne. Vidare att patienten uppfyller minst fyra av följande inskrivningskriterier⁵⁵:

- Tre eller fler kroniska diagnoser
- Inlagd på sjukhus tre gånger eller mer de senaste tolv månaderna
- Sex stående mediciner eller fler (exkl. ögondroppar, salvor etc.)
- Klarar inte den personliga omvårdnaden
- 75 år eller äldre
- Erhåller hemsjukvård

⁵⁴ "Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne", Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2016-01-19

⁵⁵ "Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne", Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2016-01-19

Vårdformen enligt ovan gäller för samtliga patienter oavsett ålder men för barn gäller nedanstående särskilda förhållanden⁵⁶:

- Barn och unga som har sitt stöd från barnkliniken/habiliteringen, ASiH och barnpsykiatrien omfattas inte av den nya vårdformen, utan ska ha fortsatt stöd på samma sätt som tidigare
- Barn och unga under 18 år som har hemsjukvård, till exempel vid boende enligt LSS 9:8, omfattas av den nya vårdformen

Patienter som har svårt att ta sig till mottagningsverksamheter, både av somatiska sjukdomstillstånd eller psykiska funktionsnedsättningar, ska kunna skrivas in i denna vårdform. Vid inskrivning ska alltid Samordnad individuell plan (SIP) utföras enligt regelverket. Enligt Utvecklingsplanen ska vårdformen enligt ovan vara fullt utvecklad och implementerad över hela Skåne vid utgången av år 2020.

➤ Målgruppen tidvis sviktande – behov av tät samverkan och planerade insatser

Denna målgrupp har kommunal hälso- och sjukvård, tillhör inte gruppen mest sjuka men kan svikta under perioder. Målgruppen finns vanligen inom kommunal hemsjukvård. De ska erbjudas samma teambaserade vårdform som till de mest sjuka men blir inte inskrivna i vårdformen. En period av tätare teamsamverkan mellan huvudmännen ska ge en högre kvalitet i omhändertagandet och verka för att situationen kan stabiliseras. Onödigt sjukhusvård ska förhindras och läkarinsatser inom hemsjukvården ska ses som icke-planerade insatser. Situationer som kan vara aktuella är tillfällen av mer allvarlig svikt och i samband med utskrivning från sjukhusvård. Gemensam vårdplanering ska göras i aktuella sammanhang och förutsätter patientens medgivande. Målsättningar och utvecklingstid för denna samarbetsmodell är desamma som för vårdformen riktad till de mest sjuka.

➤ Riskgrupper – behov av proaktiva insatser

En tredje målgrupp i utvecklingsplanen utgör den bredaste och mest mångfacetterade gruppen av patienter. Det är personer som kan bedömas ha hög risk för allvarligare funktionsnedsättningar och på kort eller lång sikt kan hamna i omfattande och långvarigt vårdbehov. Det är personer som i ett nuläge kan identifieras utifrån symptom eller begynnande funktionsnedsättningar; inte utifrån diagnoser och mer tydliga vårdkonsumtionsmönster. Dessa individers behov finns främst inom det hälsofrämjande uppdraget och Skånes utvecklingsavtal inbegriper här socialtjänstens insatser (enligt 3 kap 1 § SoL). Avtalet ger ingen särskild vägledning annat än att inklusionskriterier, beslutsstöd och arbetsätt ska påbörjas under 2017 och vara slutfört under 2020. Under detta år ska också denna utvecklingsprocess och dess effekter utvärderas.

➤ Samordnad rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning

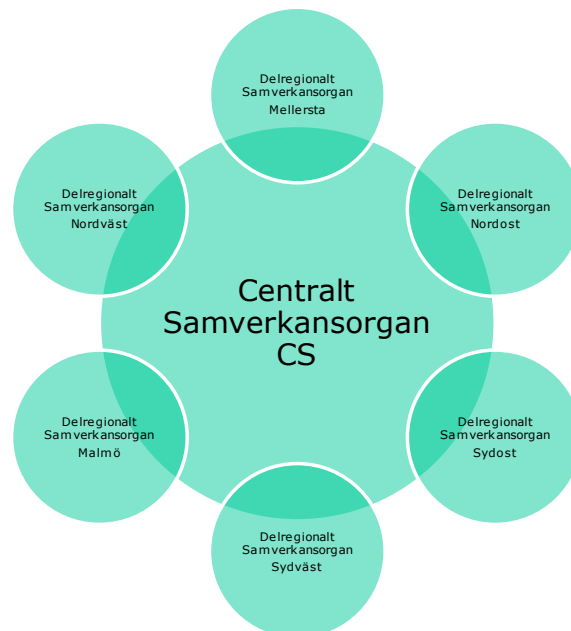
Rehabilitering och hjälpmedel är ett komplext område som ofta leder till otydligheter om ansvar och kostnader mellan kommunerna och regionen. Samordningsproblemen leder inte sällan till att detta viktiga område av stödjande kompetenser och hjälpmedel inte samspelar tillräckligt bra med vårdprocesserna. Enligt Utvecklingsavtalets skrivning finns det behov av att skapa en samordning av rehabiliteringen på basnivå och därutöver i bättre samspel med den specialiserade rehabilitering som erbjuds från sjukhusen. Sammantaget ska en funktion av samverkan inom rehabilitering och hjälpmedel utvecklas i samspel med de olika vårdformer som riktas till de tre målgrupperna enligt Utvecklingsplanen. Samma tidsplan och utvärdering under 2020 gäller inom detta område som för de andra områdena ovan.

⁵⁶ Ibid

Del C i Hälso- och sjukvårdsavtalet är en beskrivning av en ny samverkansstruktur för att leda, rådgöra och följa upp arbetet utifrån det regionövergripande Hälso- och sjukvårdsavtalet. Bedömningen gjordes att det behövdes en särskild samverkansstruktur för att kunna driva det strategiska och operativa arbetet - som kommer med ett tydligare fokus på att gemensamt mellan huvudmännen, och med anpassning utifrån olika lokala förutsättningar, nå nya och tätare samverkansformer enligt Utvecklingsplanen. I avtalet beskrivs hur det behövs en ny nivå av tätare och mer koordinerande samverkanskontakter för att klara Utvecklingsplanen⁵⁷.

Med ett regionövergripande perspektiv finns ett Centralt samverkansorgan (CS), icke beslutande, som samlar politiska representanter från Region Skåne och de skånska kommunerna. Partsgemensamma frågor, uppföljningar och avvikelser, informationsutbyte och strategiarbete är uppgifterna på agendan. CS ska sammanträda sex gånger per år. Vid minst ett årligt mötestillfälle ska detta ske gemensamt med något av de delregionala samverkansorganen. Beredning av ärenden till CS sker genom en utsedd tjänstemannagrupp från Region Skåne, Kommunförbundet Skåne och de skånska kommunerna.

Utifrån Skånes olika lokala förhållanden, och naturliga samverkansstrukturer, finns sex olika delregionala samverkansorgan⁵⁸. Uppgifterna är beskrivna som desamma som CS men med fokus på



det lokala i samverkansarbetet och med särskild betoning på att stödja förankring och genomförande. Deltagare i dessa organ är utsedda politiker och tjänstemän med ansvar för samverkansfrågor mellan parterna. Det är delregionala samverkansorganen fritt att besluta om lämplig mötesfrekvens.

⁵⁷ "Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne", Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2016-01-19

⁵⁸ De delregionala samverkansorganen är indelade geografiskt utifrån tidigare etablerade samverkansstrukturer: 1) Malmö 2) Sydvest (Vellinge, Svedala, Trelleborg) 3) Sydost (Simrishamn, Tomelilla, Ystad, Sjöbo, Skurup) 4) Nordost (Kristianstad, Hässleholm, Bromölla, Perstorp, Osby, Östra Göinge) 5) Nordvest (Båstad, Bjuv, Åstorp, Ängelholm, Örkelljunga, Klippan, Helsingborg, Höganäs, Landskrona, Svalöv,) 6) Mellersta (Lund, Staffanstorps, Hörby, Höör, Kävlinge, Eslöv, Burlöv, Lomma)

Skånes hälso- och sjukvårdsavtal – observationer

☞ En framlyft potential i nytänkande samverkansformer

Det mest utmärkande med Skånes Hälso- och sjukvårdsavtal är att det så tydligt är utvecklingsinriktat ”ovanpå” en bas i form av grundöverenskommelsen som utgår från en mer traditionell ”tröskelprincip” utifrån hur huvudmännens lagregleringar ser ut. Avtalet tar en ambitiös och utmanande utgångspunkt i en form av ”nivåstrukturering” kring patienterna som har visat på stora potentialer när det helt eller delvis har prövats i olika sammanhang av teamsamverkan.

☞ Begränsningar i de stödjande strukturerna

Utvecklingsprocessen för Hälso- och sjukvårdsavtalet hade underlättats av en starkare processledningsstruktur. Detta i kombination med arbetssätt som bygger förtroende och underlättar för dialog, och därmed i förlängningen ökar möjligheter för implementering av avtalet, hade behövts med tanke på bakgrunden och komplexiteten i Skånes sammanhang. I slutändan nådde man fram till ett regiongemensamt avtal genom personliga engagemang och uthållighet men vägen framåt kantades av osäkerhet och stundtals turbulens.

☞ Ny samverkansstruktur för implementering

Genom Hälso- och sjukvårdsavtalet sätts en ny samverkansstruktur som ska hålla i intentionerna utifrån avtalet och arbeta med implementeringen samt följa upp resultat. Detta är en intressant och god möjlighet för att verkligen sätta fokus på genomförandet utifrån den förnyade kraft i samverkan som ska komma till. De nya samverkansorgan som bildats har till sin uppgift att helt och fullt fokusera på Hälso- och sjukvårdsavtalets genomförande. Det innebär dock en utmaning att hålla i denna uppgift med den kraft som behövs med tanke på att tidsplanen för Utvecklingsdelen i avtalet ska vara genomförd redan vid slutet av 2020. Samverkan inom de delregionala organen beskrivs gå i väsentligt olika takt.

☞ För lite fokus på uppföljning

Som observerats inom Västra Götalands arbete med sitt Hälso- och sjukvårdsavtal har också Region Skåne inte riktigt haft den kraft och de resurser som behövs för uppföljningen. I avtalet beskrivs hur en uppföljning ska göras årligen, utifrån en ”perspektiv-modell, men som inte kunnat sammanställas som tänkt⁵⁹. Däremot har ett uppföljningsavtal slutits med en följeforskningsansats som ska utföras under perioden 2017 till 2020 av KEFU, Ekonomihögskolan inom Lunds universitet⁶⁰. Följeforskning eller följeutvärdering är ett beprövat arbetssätt för att förstå mer om samspel mellan planer och praktik och kan bidra med viktiga rådgivningsunderlag för förbättringar under implementeringsfasen.

☞ Resultatet i detta läge

Implementeringen av framför allt Utvecklingsplanen inom Hälso- och sjukvårdsavtalet sker i olika takt inom Skåne. Vissa delregionala områden kan utnyttja tidigare goda samverkansrelationer och på detta sätt komma fram snabbare. Inom andra delregioner anges att utvecklingsarbetet går trögt. KEFU, som bedriver följeforskningsinsatserna, har lämnat en första rapport inom delområdet

⁵⁹ Hälso- och sjukvårdsavtalet beskriver en årlig uppföljningsplan med följande parametrar: Måluppfyllelse och delmål, Patient/Brukarperspektiv, Anhörig/Närstående perspektiv, Verksamhetsperspektiv, Medarbetarperspektiv, Ekonomiperspektiv

⁶⁰ Följeforskningen är tänkt att bidra med granskningar utifrån tre delområden; 1) Uppföljning och etablering av vårdformen mobilt vårdteam 2) Hälso- och sjukvårdsavtalets kostnadsutveckling 3) Effekter av vårdformens etablering och funktion

”Uppföljning och etablering av vårdformen mobilt vårdteam”⁶¹. Rapporten konstaterar att variationen i etablering av den nya vårdformen (mobilt vårdteam i samverkan mellan kommun och Region Skåne) är stor. På vissa håll har primärvården integrerat sig väl i samarbetet med kommuner men i de flesta fall är det i en begränsad utsträckning eller inte alls. Vidare har en revisionsrapport utförts avseende hur väl läkarstödet från vårdcentralerna har fungerat för att tillsammans med kommunerna utgöra de mobila vårdteam som riktas till målgrupperna mest sjuka och tidvis sviktande⁶². Där konstateras att det med nuvarande modell för läkarstödet till den kommunala hälso- och sjukvården är osäkert om vårdcentralerna inom Skånes vårdvalssystem Hälsovalet har den kapacitet som behövs för att klara åtaganden inom vårdformen mobilt vårdteam. När Hälso- och sjukvårdsavtalet slöts var avsikten inom beredningsgruppen att läkarstödet skulle tillhandahållas på något sätt som ett ”riktat läkarstöd” som var skilt från vårdcentralernas mottagningsverksamhet⁶³. Detta skulle också underlätta för den i samband med Hälso- och sjukvårdsavtalet uttalade principen om ”en väg in” för hemsjukvårdsorganisationernas kontakter med läkarstödet; dvs. en form av direktkontakt för att få till direkta teamrelationer.

Inga uppföljningar finns ännu om hur olika patientgrupper inom målgrupperna mest sjuka och tidvis sviktande har fått tillgång till de mobila vårdteamen. Antaganden som görs i samband med intervjuer antar att det kan finnas patienter med psykosomatiska behov som har fått tillgång till teaminsatser mellan huvudmännen. Patienter med mer renodlade psykiska sjukdomar eller funktionshinder, som är relevanta för målgruppskriterierna, ses som mer tveksamt om någon utveckling skett för dessa. Där samverkan skett hittills är framför allt till målgruppen mest sjuka. Samverkan kring riskgrupper antas det inte finnas några särskilda resultat av ännu. Utvecklingsplanens målområde för samordnad rehabilitering och hjälpmedel har ännu bara en regional inventering nyligen genomförts⁶⁴.

Utifrån den tidsplan som gäller ser det svårt ut att förverkliga samverkansåtagandet över hela Skåne fram till och med 2020, även om Hälso- och sjukvårdsavtalets målsättningar och önskade samverkansformer har visat sig vara kända ute i verksamheterna i samband med de uppföljningar som gjorts. Ovan nämnda utvärderingar indikerar att det kan behövas en starkare intervention centralt för att utvecklingen enligt Hälso- och sjukvårdsavtalets målsättningar ska komma igång. Samtidigt har det varit en medveten strategi från den regionövergripande politiska ledningen att vara försiktiga och inte ”toppstyra”. Att utvecklingsarbetet måste bedrivas under ledning av verksamheterna själva är något som ofta framförs. Forskningsläget visar dessutom på att direkta interventioner från central nivå, för att leda och få igenom förändringar i verksamheterna, inte visar på goda resultat⁶⁵. Dock efterlyses i utvärderingsrapporterna initiativ, som troligtvis måste komma från övergripande regional nivå, som underlättar för verksamheterna att genomföra sina åtaganden enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet.

⁶¹ ”Uppföljning av HS-avtalet avseende delprojekt ’Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam”, Delrapport år 1, Anna Häger Glenngård & Anders Anell, KEFU, Ekonomihögskolan, Lunds universitet, 2018-04-10

⁶² ”Granskning av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende Hälso- och sjukvården i Skåne, rapport till Region Skånes revisorer, Capire Consulting, juni 2018

⁶³ Utifrån genomförda intervjuer stärktes idéerna om särskilt läkarstödet genom det förslag till riktad primärvård för de mest sjuka äldre som föreslogs inom utredningen ”Effektiv vård”, SOU 2016:2

⁶⁴ ”Rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning”, Deluppdrag 1 Inventering och nulägesbeskrivning av rehabiliterings-, habiliterings- och hjälpmedelsområdet inom Region Skåne och de skånska kommunerna, Kommunförbundet Skåne och Region Skåne

⁶⁵ Enligt KEFU:s delrapport inom följeforskningsinsatsen

Slutsatser från fallstudierna

- Det finns ökade insikter om nyttan av och möjligheter med samordnade hälso- och sjukvårdsavtal mellan huvudmännen. Den typen av övergripande hälso- och sjukvårdsavtal som Skåne och Västra Götaland har slutit, med övriga specifika samverkansavtal och överenskommelser som underavtal, sätter ett ökat fokus på behoven av samverkan. Frågorna om samverkan lyfts upp till högsta ledningsnivåer. Brister i sammanhangen kan sättas i tydligare ljus när samverkan uttalas som närmast en ”ödesfråga för att verksamheten som helhet ska klara sina åtaganden. Kraven på uppföljningar blir tydligare med detta. Vidare finns det stora fördelar med att samverkansavtal byggs upp och sluts på liknande grunder så att verksamheterna kan få överblick över arbetsätten och ägna mindre tid åt återkommande avtalsarbete och andra överenskommelser inom olika delområden.
- Några särskilda juridiska problematiker har inte pekats ut som stora problem i arbetsprocesserna mot hälso- och sjukvårdsavtal. Etablerade former av ”tröskelprinciper” har legat till grund för avtalen vilket har underlättat för att komma framåt. Inte heller den så kallade Utvecklingsdelen i Skånes avtal lett till juridiska problematiker. Utmaningar med ekonomiska frågor har lösts med samma grunder samt med den framväxande gemensamma principen om att ny skatteväxling inte är aktuell.
- Nya arbetsmetoder börjar utvecklas för att öka lärande och samsyn när hälso- och sjukvårdsavtalen arbetas fram för att därefter etableras. Utvecklingen kan beskrivas som en modernisering. De juridiska behoven och komplikationerna kvarstår men arbetsätten börjar förändras från slutna, expert- och toppstyrda processer till öppna och dialogbaserade processer med hög grad av involvering och tillgänglig kommunikation. Det finns dock mycket kvar att utveckla och professionalisera i denna utveckling av dialoger och lärande.
- Det läggs mer tid på värdegrunder som ett sätt att försöka skapa mer inslag av samordningskultur istället för att hamna i gränsdragningspolitik - men en verklig effekt förutsätter att värdeorden inte blir en fin yta. Det finns mer att göra för att komma djupare och mer bestående med dessa ansträngningar. Värdeord behöver sammankopplas mer med praktik. Beskrivningar av ideala patient- och brukarprocesser i samverkan är ett inlägg för att komma åt detta.
- Det finns en framväxande kunskapsmassa om de ömsesidiga vinsterna av fungerande samverkan mellan huvudmännen kring komplexa och resurskrävande patientgrupper – och inte minst för patienter och anhöriga. Men dessa ”vinna-vinna-effekter” behöver lyftas mer tydligt och kan kräva en del nytänkande för hur detta påvisas tydligt och konkret i det egna sammanhanget. Resultat från andra verksamheter biter inte – ”detta gäller inte för oss för här är det annorlunda”.
- Att bygga in utvecklingsmål i hälso- och sjukvårdsavtal mellan huvudmännen är ett intressant angreppssätt. Huvudmännen i Skåne har utvecklat en form av ”avtalsinnovation” i sammanhanget med sitt utvecklingsavtal men utsätter sig samtidigt för en stor risk om man skulle misslyckas grundligt med målsättningarna kring utvecklingen.
- Hälso- och sjukvårdsavtalen måste beredas och resursplaneras även efter avtalslut - så att den svåra mobiliseringen kommer igång. Fallstudierna visar att man har underskattat de stödjande behoven efter avtalstecknande. Det viktigaste arbetet kommer efter att avtalet börjar gälla men då har processledare och stödresurser upphört. För effekthemtagning behövs ett större fokus på stöd för implementering till de lokala verksamheterna. Likheter med den så kallade ”projektdödens” orsaker är slående.

Övergripande slutsatser: Utifrån förutsättningar och möjligheter i Stockholms län

Nedan sammanfattas några möjliga slutsatser som kan dras utifrån det som framkommit i denna delstudie. Förhållanden i Stockholms län när det gäller samverkan skiljer sig på avgörande sätt inom ett antal viktiga områden från övriga landet och många av de viktiga grundförutsättningarna för samverkan inom Stockholms län har inte varit föremål för granskning i denna delstudie. Slutsatserna bör därför ses som inspel till möjligheter att begrunda och eventuellt utforska vidare.

Att samverka eller inte samverka – är det verkligen en fråga?

Det framstår som att det inte finns något annat val än att försöka komma fram till samverkan på nya och effektivare grunder mellan kommuner och landsting – och då främst till grupper med stora och simultana behov från båda huvudmännen. Kostnadsutvecklingen kommer att accelerera för landsting, regioner och kommuner samtidigt som de ökande behoven av kompetensförsörjning är så omfattande att det är svårt att se hur befintliga, ofta resurskrävande arbetsätt ska kunna fortsätta utan förändringar⁶⁶. Med den demografiska utvecklingen finns det nu en öppning på i bästa fall tio år att etablera de nya strukturer som bygger på effektiv samverkan direkt till patienter och inte på resurskrävande ansvarsväxlingar.

Nationella prognoser utifrån ökade patientvolymerna inom de mer vårdkrävande grupperna visar på att sjukvårdshuvudmännen möter en kostnadsutveckling på mellan 20 och upp till nära 40 procent fram till 2025, beroende på vilka kostnader som inkluderas⁶⁷. Utifrån de beroendeförhållanden som finns mellan respektive landsting/regioner och kommuner kring de kostnadsintensiva patienterna påverkas kostnadsutvecklingen på ett påtagligt sätt av hur väl respektive huvudman sköter sina ansvarsuppgifter⁶⁸. Förutsättningar för att båda huvudmännens ansvarsuppgifter ska skötas väl bygger till stor del på hur samverkan fungerar.

Potentialerna i samverkan – vad vet vi om dem?

Forskning inom tjänsteutveckling inom såväl privat som offentlig sektor har visat att ju högre komplexitet desto större potential för kvalitetsförbättringar och väsentliga resursförbättringar i samma steg⁶⁹. Kartläggningar av patienter med hög komplexitet i form av många och ofta varierande insatser innebär höga kostnader och flertalet möjligheter att göra situationen bättre genom

⁶⁶ "Ekonomirapporten oktober 2017", SKL

⁶⁷ Vårdanalys rapport från 2015, "Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan?" har som tidigare beskrivits bedömt en kostnadsutveckling för båda huvudmännen på upp till 30 procent i ett "hög-scenario fram till 2025 och baseras på bedömd utveckling av behov hos gruppen 65 år och äldre. SKL har i en tidigare studie från 2011 ("Välfärdsrapport Hur ska välfärden formas i framtiden") baserat sin bedömning på kostnadsutvecklingen för vård och omsorg till hela befolkningen inklusive andra stora kostnader som exempelvis investeringar i digitalisering och kommit fram till en kostnadsökning av 37 procent fram till 2025.

⁶⁸ Vårdanalys (Ibid, 2015) bedömning av ömsesidighet mellan huvudmännen i kostnadsutveckling utgår från normalfallet att hemsjukvården har kommunaliserats. Vad detta betyder mer exakt för Stockholms län, som inte har skatteväxlat hemsjukvården till kommunerna, kan inte bedömas. Däremot har kartläggningar av patientfall visat på tydlig ömsesidighet i kostnadsutvecklingen mellan huvudmän då äldreomsorgen är en mycket stor kostnadspost för kommunerna ("Äldre multisjukas väg genom vård och omsorg; kostnader, kostnadsdrivare och systembrister", delrapport till programmet "Bättre liv för sjuka äldre", SKL 2011)

⁶⁹ "From Value Chain to Value Constellation: Designing interactive strategy", Richard Normann & Rafael Ramirez, Harvard Business Review, July 1993. Detta argument lyftes också fram i utredningen "Effektiv vård", SOU 2016:2

nyttänkande samverkan. Utvecklingsarbete där teamsamverkan har kunnat etableras med läkarstöd från vårdcentraler och/eller sjukhusspecialiteter tillsammans med kommunens sjuksköterskor samt äldreomsorgen har i utvärderingar visat på stora kvalitetslyft för patienterna. Detta parallellt med kostnadsförbättringar med långt över 50 procent inom sjukvården, i en del fall över 70 procent när det gäller de samlade sjukvårdsinsatserna för dessa patienter⁷⁰. Inte lika känt och utvärderat i samma skala är att äldreomsorgen också påverkas av god samverkan; framför allt har väsentliga reduceringar uppmätts för de patientgrupper som ännu inte nått de högre nivåerna av multisjuklighet utan snarare kan beskrivas som i huvudsak stabila med periodvis svikt⁷¹.

Det finns alltmer kunskaper om att teamsamverkan över ansvarsgränser är en "ny vårdform". Så benämns detta i Skåne men har ännu överlag långt ifrån hunnit utvecklas till vad som kan kallas för "äktasamverkan". Med detta menas ett team som är så pass integrerat i relationer och uppgifter att den klassiska konsultativa modellen, som i grunden bygger på en form av avrop, har ersatts med löpande kommunikation och gemensamma ronder. I sådana lägen finns en tydlig vilja från varje teammedlem att lösa de olika problem som teamet sammantaget möter. Team som uppnått detta arbetssätt arbetar i praktiken löpande med en gemensam planering som är betydligt effektivare än SIP (samordnad individuell planering) och andra etablerade samverkansformer som exempelvis samordnad vård- och omsorgsplanering. Med kraften i så kallad "äktasamverkan" kan formalia och svåra möten med hög tidsåtgång minskas⁷². Att föra in arbetssätt med SIP går ofta trögt inom många verksamheter och metoden som den är utformad idag är ett försök att tvinna ihop separerade och konsultativa arbetssätt med ansvar främst för den egna insatsen.

Hälso- och sjukvårdens dominerande insatsorganisering har höga samverkanskostnader då det vanligen krävs stora tidsinsatser för att försöka föga den samman. I arbetstidsmätningar som utförts inom hemsjukvården har uppmätts att en sjuksköterska vanligen får använda 20 procent av sin arbetstid, dvs, cirka en arbetsdag i en arbetsvecka, med så kallade "strulfaktorer", exempelvis försöka få tag på läkarstöd, få tag på läkemedelslistor och lösa oklarheter inom vårdplaneringen (vilket kan vara fallet även när en SIP har utförts)⁷³.

Möjligheter i ett perspektiv av Stockholms län

Hälso- och sjukvården i Stockholms län skiljer sig från resten av landet på flera väsentliga sätt. Hemsjukvården finns kvar i landstingets regi, vårdval har spridits till fler områden än på många andra håll i landet och även börjat involvera sjukhusanknuten specialistvård. Det finns en stor mångfald av utförarverksamheter och en för landet särskilt hög andel privata utförarverksamheter inom många olika områden. Med denna "branschstruktur" finns mängder av olika avtal och olika styrformer som kan vara svåra att förena i nya samverkansupplägg. Ur en kritisk synvinkel skulle kunna framföras att detta försvårar bredare former av samverkan. Men inom Stockholms län finns också ett flertal goda exempel samt områden som har uppnått nivåer av reella samverkanskulturer. Komplexitet i strukturer behöver inte vara ett hinder och mångfalden kan samtidigt vara en stor styrka för att satsa på vissa särskilda områden.

⁷⁰ "Närvården i västra Skaraborg; utvärdering och ekonomisk analys", SKL/HCM, 2013, "Hälsostaden Ängelholm", Granskningsrapport Region Skåne, KPMG, 2017, "The Business Case for People Powered Health", Nesta Innovation Unit/PPL, London, 2013

⁷¹ "Resultatuppföljning ärenden Trygg Hemgång", Ronneby kommun, 2016 visade på en uthållig reduktion av hemtjänstinsatserna för målgruppen inom kommunen med 60 procent i genomsnitt, utifrån samarbetsmodellen Trygg Hemgång tillsammans med sjukhusen i Blekinge

⁷² "Teamsamverkan inom Mobil Närvård", pågående intervjustudie, redovisning av preliminära resultat, 2018-10-19, Katharina Gillsjö, Högskolan i Skövde

⁷³ Tidsstudiemätning Ängelholms kommun och Region Skåne, Implement Consulting Group, 2016

Faktum är att betydligt mindre landsting och regioner har haft svårare än många större landsting och regioner att komma till samverkan⁷⁴. De fallstudieområden som redovisats här, Skåne och Västra Götaland, är också relativt komplexa hälso- och sjukvårdsregioner men visar ändå på starka drivkrafter att hitta en bättre samverkan. I Sveriges tredje största stad, Malmö, har en framgångsrik samverkanskultur med teambildningar växt fram mellan stadsdelarna och regionens primärvård och sjukhus i staden. Teamarbetet i Malmö över gränserna är bland de mest framgångsrika i landet och är numera väl etablerade. Många utmaningar kvarstår dock.

Att hemsjukvården finns kvar i landstingets uppdrag kan ses utifrån olika aspekter som negativt eller positivt. Med rådande läge finns det dock vissa ömsesidiga fördelar för länets sjukvårdshuvudmän som kan utnyttjas utifrån en förnyad samverkan. I Stockholms län kan hemsjukvården anställa läkare direkt i de vårduppdrag man önskar. Läkarstödet till den kommunala hemsjukvården är annars ett stort problemområde i många samverkansförsök runt om i landet – vilket också har redovisats särskilt i fallstudieområdet Skåne. Denna återkommande situation tar mycket kraft i samverkansarbetet i övriga län och regioner i Sverige. I ett perspektiv av Stockholms län finns här fördelar att bygga på och kan öppna upp för en förnyad samverkan med kommunal hälso- och sjukvård. Särskilt intressant är verksamhetsområden inom socialtjänsten då Stockholms läns landsting har möjligt att bygga upp ett riktat läkarstöd inom den egna hemsjukvården.

Den modell som har prövats med utvecklingsavtal i Skåne framstår som särskilt intressant att överväga vidare i detta sammanhang och utifrån möjligheterna beskrivna ovan. Fallstudien inom denna delstudie visar att välplanerade processer för att komma framåt i samverkan med stöd av avtal, bör bedrivas med nya inslag av bred dialog och gemensamma nyttor. Genom att systematiskt hålla i ett patientperspektiv utifrån såväl systemövergripande som operativ nivå visas de ömsesidiga nyttorna när samverkan fungerar optimalt. Det är av stor vikt att en välplanerad process som ska leda fram till förnyade samverkansmöjligheter, genom ett gemensamt hälso- och sjukvårdsavtal, också resurssätts och fortsätter som en aktiv stödprocess även efter avtalsbildandet. Den viktiga implementeringen i ett komplext och svårstyrt verksamhetssystem handlar om att hålla i och hålla ut länge. Att detta kan fungera ses på vissa håll inom utvecklingen av den så kallade mobila närvården i Västra Götalandsregionen.

⁷⁴ En inledande kartläggning av drivkrafter till samverkan och pågående samverkansformer utfördes i förberedelser inför studien ”Tjänsteutveckling för en tillgänglig och patientcentrerad vård – om utvecklingskraft i landsting och regioner”, Socialstyrelsen, 2017

Intervjurespondenter

Sverker Andersson, regionutvecklare, Enhet kvalitetsdriven verksamhetsutveckling, Koncernstab hälso- och sjukvård (tidigare VästKom)

Titti Gohed, strateg, Hälsa och social välfärd, Kommunförbundet Skåne

Carina Lindkvist, avdelningschef, Hälsa och social välfärd, Kommunförbundet Skåne

Rose-Marie Nyborg, strateg, Koncernstab hälso- och sjukvård, Västra Götalandsregionen

Louise Roberts, strateg, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, Koncernkontoret, Region Skåne

Lars Stavenow, rådgivare, Koncernkontoret, Region Skåne

Källförteckning

Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne, Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2016-01-19

Effektiv vård, Statens Offentliga Utredningar, SOU 2016:2

Ekonomisk analys för Skånes kommuner av förslaget till nytt hälso- och sjukvårdsavtal avseende hemsjukvård för de mest sjuka, 2015-01-09

Ekonomirapporten oktober 2017, SKL

Ekonomirapporten maj 2018, SKL

From Value Chain to Value Constellations: Designing interactive strategy, Richard Normann & Rafael Ramirez, Harvard Business Review, July 1993

Från insats till individ: Effekter av samordnat omhändertagande samt kostnadsstyrning för grupper med stora behov – Exemplet mest sjuka äldre, rapport till Socialdepartementet, HCM Health Care Management, 2013

Från samverkan till samordnad vård och omsorg, rapport till Socialstyrelsen, Governo, december 2015

Granskning av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne – rapport till Region Skånes revisorer, Capire Consulting, juni 2018

Granskning av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne – slutlig jämförande rapport, Capire Consulting, september 2018

Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg, Vårdanalys rapport 2015:8

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland, VästKom & Västra Götalandsregionen, 2017

Hälso- och sjukvårdsrapporten 2018, SKL

Hälso- och sjukvårdens och omsorgens viktiga paradigmskifte, Implement Consulting Group, andra upplagan, maj 2016

Hälsostaden Ängelholm, Granskningsrapport Region Skåne, KPMG, 2017

Införande av eHemtjänst, Projekt Behovsstyrt IKT-stöd, rapport augusti 2012, Maria Gill/Mats Rundkvist, Sociala nämndernas stab, Behovsstyrt IKT-stöd, Västerås stad

Konceptuellt underlag för kommande hälso- och sjukvårdsavtal mellan de skånska kommunerna och Region Skåne, Tjänstemannagruppen för ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal, 2014-06-12

Kostnadsminskningar i samband med införande av eHemtjänst, Projekt Behovsstyrt IKT-stöd, prognos augusti 2012, Mats Rundkvist, Sociala nämndernas stab, Behovsstyrt IKT-stöd, Västerås stad

Mer vård för pengarna – genom organisatoriska innovationer, Almega & Nutek, 2008

Målgrupper i fokus för samverkan; bedömningar av kostnadsutveckling och potentialer, Region Skåne, Implement Consulting Group, mars 2016

Nytt hälso- och sjukvårdsavtal, Beslutsförslag, Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2014-06-23

Närvården i västra Skaraborg – Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare, slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting, HCM Health Care Management, 2013

People Powered Health: Health for people, by people and with people, Nesta/Innovation Unit, London, 2013

Projektrapport ÄMMA – Äldre i Malmö Mobilt Akutteam, Skånes Universitetssjukhus, Lars Stavenow m.fl. 2014

Resultatuppföljning ärenden Trygg Hemgång, Ronneby kommun, 2016

Samordnad vård och omsorg; en analys av samordning i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem, PM 2016:1

Skånes befolkningsprognos 2014–2023, Avdelningen för regional utveckling, Stab/Enheten för samhällsanalys, 2014-08-20, Region Skåne

Stockholms län – huvudrapport, Befolkningsprognos 2016–2026/50, Stockholms läns landsting/TRF

Slutrapport projekt Nisse, Arbetsgruppen för projektet/Lars Stavenow, Region Södra och Malmö stad, november 2006

The Business Case for People Powered Health”, Nesta/Innovation Unit/PPL, London, 2013

Tjänsteutveckling för en tillgänglig och patientcentrerad vård – om utvecklingskraft i landsting och regioner, Socialstyrelsen, 2017

Trygg Hemgång 2012, Ronneby kommun, Annika Svahn, Ronneby kommun & Carina Ström, Blekinge Kompetenscentrum, 2012

Trygg Hemgång i Ronneby – utvärdering och ekonomisk analys av ett tjänstekoncept, HCM Health Care Management, 2014

Uppföljning av HS-avtalet avseende delprojekt ”Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam, Delrapport år 1, Anna Häger Glenngård & Anders Anell, KEFU, Ekonomihögskolan, Lunds universitet, 2018-04-10

Utanför sjukhuset: Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende, Sveriges Kommuner och Landsting, 2012

Värdet av digital teknik i den svenska vården, McKinsey, 2016

Västbus – hur funkar det? Rapport från en undersökning och ett förbättringsarbete om barn och unga i behov av stöd, Anna Melke, FoU i Väst, Rapport 1:2015

Äldre multisjukas väg genom vård och omsorg – Kostnader, kostnadsdrivare och systembrister, HCM Health Care Management, 2011

VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom, Vårdanalys, rapport 2014:2

Välfärdsrapport Hur ska välfärden formas i framtiden, SKL 2011

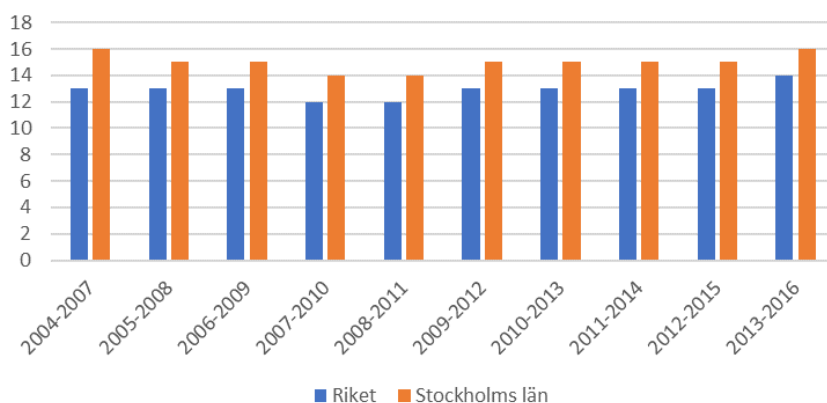
Bilaga 3 Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa

Det finns många olika sätt att mäta psykisk ohälsa. Ett viktigt mått är självuppskattad nedsatt psykiskt välbefinnande som fångar upp lättare besvär av psykisk ohälsa som till exempel ångslan, oro, ångest, stress och sömnbesvär. Enligt statistik från Folkhälsomyndigheten är det självrapporterade nedsatta psykiska välbefinnandet högre i Stockholms län jämfört med riket. Andelen som uppger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande har i Stockholms län varierat mellan 14 och 16 procent mellan 2004 och 2016 vilket är omkring 2 procentenheter högre jämfört med riket. Dessutom har andelen ökat något under den senaste tioårsperioden.

Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande

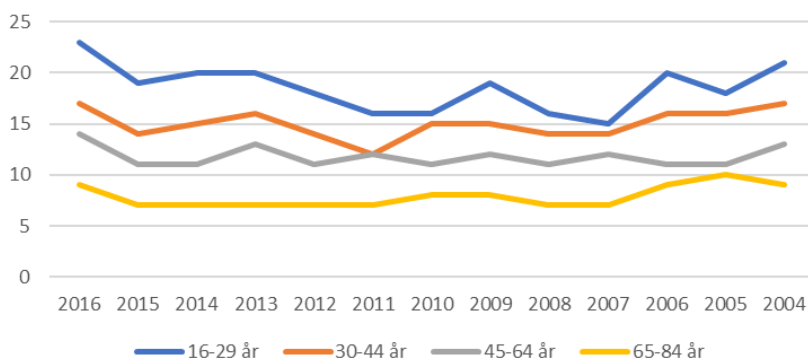
Källa: Folkhälsomyndigheten



Enligt Folkhälsomyndigheten har andelen som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande ökat i de flesta grupper under den senaste tioårsperioden. Slutsatsen gäller för både kvinnor och män, samt i olika ålders- och utbildningsgrupper. Särskilt stor ökning har skett i åldersgruppen 16–29 år där andelen som uppger att de upplever nedsatt psykiskt välbefinnande ökade med 8 procentenheter mellan 2007 och 2016. Bland äldre är troligtvis andelen högre när man även inkluderar demens och depression.

Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande i olika åldersgrupper i riket

Källa: Folkhälsomyndigheten

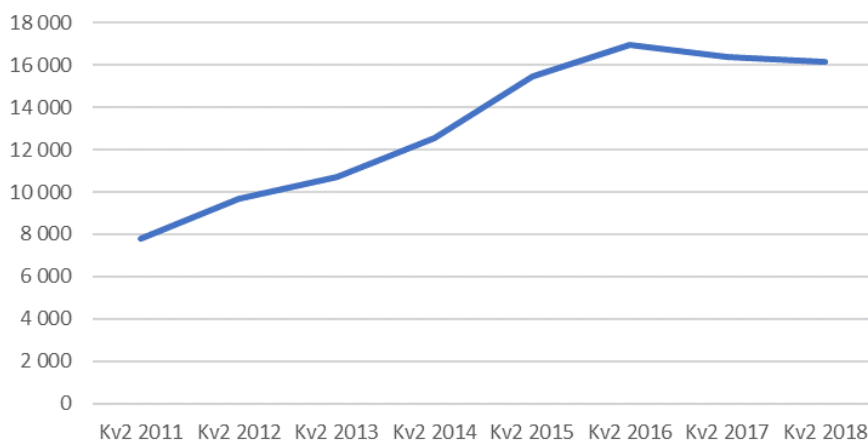


Ett annan källa för att för att få klarhet i omfattningen av den psykiska ohälsan är Försäkringskassans statistik av alla pågående sjukskrivningar. Uppgifter från Försäkringskassan visar att sjukskrivningar för psykisk ohälsa i Sverige ökade med 120 % mellan första halvåret 2011 och första halvåret 2018. I

Stockholms län var motsvarande siffra 107 %. I både riket som helhet och Stockholms län står den psykiska ohälsan för cirka 46 procent av alla pågående sjukskrivningar och har blivit den vanligaste orsaken till att personer i arbetsför ålder står utanför arbetskraften.

Antal sjukskrivna med diagnosen psykisk ohälsa i Stockholms län

Källa: Försäkringskassan



Att den psykiska ohälsan har ökat, och särskilt bland unga, är nog de flesta överens om. Folkhälsomyndigheten (Folkhälsomyndigheten, 2018:1) konstaterar att andelen 13- och 15-åriga flickor och pojkar i Sverige som har återkommande psykosomatiska symtom⁷⁵ har fördubblats sedan mitten av 1980-talet. Enligt Folkhälsomyndigheten är det ”såväl brister i skolans funktion, som en ökad medvetenhet om de ökade krav som förändringarna på arbetsmarknaden medför” som har bidragit till detta. Undersökningen Skolbarns hälsovanor⁷⁶ (Folkhälsomyndigheten, 2018:2) visar på samma utveckling.

Ökningen har också gett avtryck i antalet diagnosregistreringar i primärvården och psykiatrin för psykisk ohälsa hos barn och unga 0–24 år (Ann-Britt Wiréhn mfl, 2015). Rapporten visar att andelen barn och unga med en registrerad psykiatrisk diagnos ökade kraftigt i Stockholms län mellan 2008-2012, från ca 7 procent till 13,2 procent. Det betyder att 85 747 barn och unga i åldern 0–24 år i Stockholms län hade en psykiatrisk diagnos 2012. Det motsvarar 13 % av befolkningen i den ålderskategorin. Orsakerna till ökningen kan vara flera enligt författarna: ökad psykiatrisk sjuklighet bland unga, nya direktiv och förbättrade rutiner vid diagnosregistrering, ökade krav från skolan och föräldrar på diagnos för att stödåtgärder i undervisningen ska kunna sättas in samt förändringar i populationen. Ökad efterfrågan på hjälp har också satt ökat tryck på BUP-klinikerna runt om landet och även i Stockholm.

Psykisk ohälsa leder till nedsatt välbefinnande och påverkar det dagliga livet för alla iblandade. Det är emellertid sparsamt med analyser om vad den psykiska ohälsan kostar samhället vilket kan bero på att området är förhållandevis komplext eftersom det inkluderar både direkta och indirekta kostnader inom många olika samhällsfunktioner. Exempel på direkta kostnader är sjukpenningen vid sjukfrånvaron. Sådana kostnader är förhållandevis enkelt att ta fram, men det är svårare med de indirekta kostnader som till exempel produktionsbortfallet vid sjukfrånvaro. Dessutom tillkommer

⁷⁵ I psykosomatiska symtom ingår sömnsvårigheter, nedstämdhet, irritation, nervositet, huvudvärk, ont i magen, ont i ryggen och yrsel

⁷⁶ Skolbarns hälsovanor är ett internationellt forskningsprojekt som samordnas av Världshälsoorganisationen (WHO). Syftet med undersökningen är att öka kunskapen om barns och ungas hälsa, följa utvecklingen över tid samt göra jämförelser mellan deltagande länder

naturligtvis kostnader inom hälso- och sjukvården samt direkta och indirekta kostnader inom de områden som kommunerna ansvarar för som till exempel socialtjänsten och skolan.

Det närmaste vi kommer när det gäller beräkningar av kostnaderna för psykisk ohälsa är från OECD. Enligt OECD (OECD 2013) uppgick kostnaderna för psykisk ohälsa i Sverige till 8 mdr euro för 2012 vilket omräknat i svenska kronor motsvarar 72 miljarder kronor (2 % av BNP). Utifrån länets befolkningsandel i förhållande till riket, som 2012 uppgick till 22,3 %, kan länets kostnader för psykisk ohälsa därmed uppskattas till 16 miljarder kronor 2012.

Applicerar man därefter Stockholms läns befolkningsutveckling och en pris- och lönejustering på 2 % per år på detta kan kostnaderna för den psykiska ohälsan i länet 2017 grovt uppskattas till 19,2 miljarder kronor eller mer. Troligtvis är kostnaderna högre eftersom statistiken från bland annat Folkhälsomyndigheten och försäkringskassan indikerar att den psykiska ohälsan har ökat mer än befolkningstillväxten sedan 2012. Det bekräftas även av antalet registrerade vårdtillfällen inom psykiatri som mellan åren 2012 och 2017 ökade med 12 %, eller motsvarande 3 400 personer. Under samma period ökade befolkningen i länet med 8,5 %. Beräkningen ovan bygger ju enbart på befolkningsutvecklingen och är inte justerad med folkhälsoutvecklingen.

Med ett antagande att Stockholms läns befolkning växer med i genomsnitt 35 000 personer per år, vilket har varit mönstret de senaste tio åren, finns det en risk att kostnaderna för den psykiska ohälsan i Stockholms län kommer att öka till 23 miljarder kronor år 2030 i 2017 års penningvärde. Det bör återigen understrykas att beräkningen är grov uppskattning. Kostnaderna kan bli både högre och lägre beroende på hur utvecklingen av folkhälsan utvecklas samt hur kostnadseffektiv vården blir framöver.

Ett annat sätt att analysera kostnaderna är att studera olika scenarier utifrån olika livscykelhypoteser. Ingvar Nilsson (Nilsson Lundmark & Nilsson) har i sitt arbete uppskattat att kostnaderna för en individ som får ett livslångt utanförskap i det värsta scenariot kan uppgå till 35 miljoner kronor över en livstid. Men med bättre samverkan mellan alla inblandade samhällsfunktioner, tidigare insatser och bättre utnyttjande av tekniska lösningar kan emellertid trenden definitivt vända enligt Nilsson.

Referenser

- OECD. Mental Health and Work: Sweden. 2013
- Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014. Folkhälsomyndigheten, 2018:1.
- Utvecklingen av psykosomatiska besvär, skolstress och skoltrivsel bland 11-, 13- och 15-åringar. Resultat från Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18. Folkhälsomyndigheten, 2018:2.
- Ann-Britt Wiréhn mfl. Barn och ungas psykiska ohälsa - Epidemiologisk kartläggning av diagnosregistrering i Region Östergötland och Stockholm läns landsting. Ann-Britt Wiréhn, Agneta Andersson, Christina Dalman & Tomas Bokström. 2015.
- Nilsson Lundmark & Nilsson. OM SAMVERKAN MELLAN SKOLA OCH ARBETSLIV UR ETT SOCIOEKONOMISKT PERSPEKTIV. 2015

Mats Klingvall, ekonom

Bilaga 4 Kommunens kostnader

Kommunernas kostnader

Enligt kommunernas räkenskapsammandrag uppgick de sammanlagda kostnaderna för det egna åtagandet⁷⁷ för kommunerna i Stockholms län till 135 miljarder kronor år 2017. Den pedagogiska verksamheten är störst och står för 48 % av kostnaderna. Vård- och omsorgs andel av kostnaderna, där bland annat individ och familjeomsorgen och vård- och omsorg av äldre samt funktionsnedsättning ingår, uppgick till 33 % 2017, motsvarande 44,6 miljarder kronor.

I vård- och omsorg av äldre ingår hemtjänst, särskilt boende, korttidsboende, dagverksamhet, öppen verksamhet och s.k. övriga insatser. Kostnaderna för vård- och omsorg om äldre uppgick sammantaget för kommunerna i Stockholms län till 20,7 mdr kronor 2017, eller motsvarande 15 % av de totala kostnaderna för det egna åtagandet.

Kostnader för det egna åtagandet inom vård- och omsorg av äldre för kommunerna i Stockholms län (miljoner kronor)

	2014	2015	2016	2017
Särskilt boende/annat boende	11 416	11 914	12 220	12 688
Hemtjänst	6 093	6 367	6 645	6 596
Korttidsboende	790	730	753	694
Öppen verksamhet	191	192	197	217
Övriga insatser	198	191	188	192
Dagverksamhet, äldre	275	288	308	325
Totalt	18 962	19 682	20 311	20 711

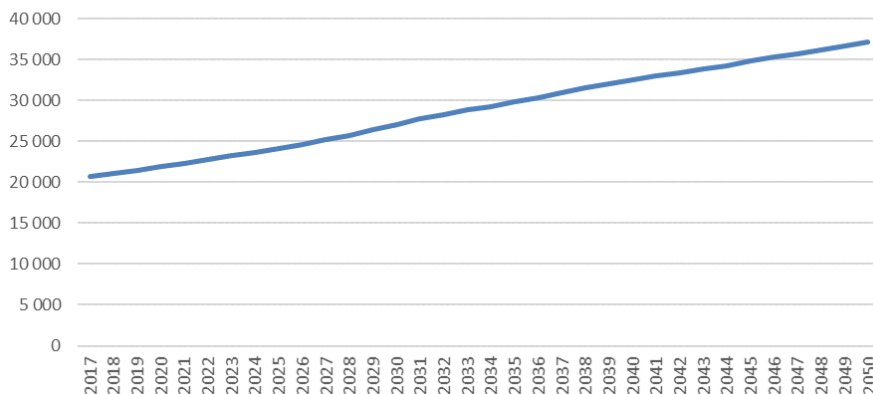
På grund av de demografiska förändringar som vi ser framför oss, med bland annat en allt större andel äldre, är det många som är överens om att kommunernas kostnader för vård- och omsorg om äldre successivt kommer att öka många år framöver. En beräkning enbart baserat på en prognos av befolkningsutvecklingen från Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen (RUFS) fram till 2026 visar att det finns risk för att kostnaderna för vård- och omsorg av äldre i länet kommer att öka med drygt 19 % i 2017 års penningvärde. Det motsvarar omkring 4 mdr kronor.

Fram till 2026 kanske utvecklingen hanteras inom ramen för tillväxten, trots att antalet äldre växer snabbare än den arbetsföra befolkningen, men därefter finns det en stor risk att det blir successivt allt svårare. Fortsätter vi att applicera RUFS befolkningsprognos på kommunernas kostnader för vård- och omsorg av äldre även mellan perioden 2026 – 2050 kommer kostnaderna per år i genomsnitt att fortsätta öka mer än den arbetsföra befolkningen. I den här konsekvensberäkningen kommer kostnaderna öka från 20,7 miljarder kronor 2017 till 37,2 miljarder kronor 2050. Det motsvarar en ökning på 80 % i 2017 års penningvärde. Baserat på RUFS befolkningsprognos finns det därför en stor risk att kostnaderna för de äldre inte kommer att kunna finansieras inom ramen för tillväxten.

⁷⁷ Kostnad för det egna åtagandet är lika med bruttokostnad minus interna intäkter minus försäljning till andra kommuner och landsting. Det egna åtagandet är all den verksamhet (inklusive transfereringar) som kommunen/landstinget har definierat som sin, och som riktar sig till den egna befolkningen.

Uppskattad utveckling av kommunernas kostnader av vård- och omsorg av äldre i Stockholms län. 2017 års priser.

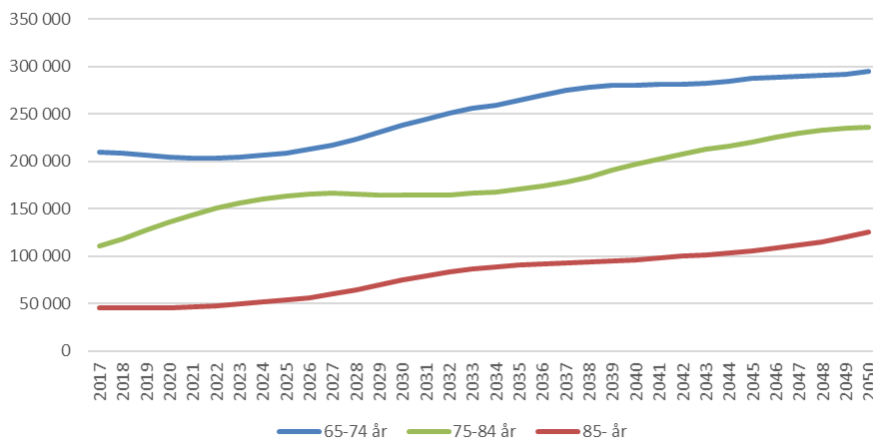
Källor: SCB, RUFs och egna beräkningar



Dessutom finns det en stor risk att kostnaderna blir högre än så eftersom beräkningarna inte tar hänsyn till att gruppen 85+ blir förhållandevis fler. Enligt RUFs befolkningsprognos för Stockholm län, som även återges i Dag Norens underlagsrapport, kommer andelen äldre (65+) successivt växa i förhållande till den arbetsföra befolkningen, men speciellt påtaglig är ökningen av gruppen 75 år och äldre, där antalet personer 85 år och äldre förväntas mer än fördubblas mellan 2020 och 2050. Den här gruppen har inte bara störst behov av vård- och omsorg i form av fler platser i särskilt boende och fler hemtjänsttimmar utan efterfrågar också mer hälso- och sjukvård i landstingets regi.⁷⁸

Befolkningsutvecklingen i Stockholms län

Källa: RUFs



Utfallet av konsekvensberäkningen ovan visar hur kostnaderna kommer att utvecklas enbart baserat på befolkningsutvecklingen med allt annat lika. Vad kostnaderna i slutändan kommer att landa på beror på en mängd olika faktorer som till exempel politiska prioriteringar inom respektive kommun och den äldre befolkningens hälsoutveckling i termer av dödlighet och grad av funktionsnedsättning. Utvecklingen av digitaliseringen och teknikutvecklingen kommer också att påverka utfallet liksom

⁷⁸ Av hälso- och sjukvårdens samlade kostnader åtgår cirka 80 till 85 procent till vård åt kroniskt sjuka. De äldre är överrepresenterade i gruppen med kroniskt sjuka. Uppemot 85 procent av de som är äldre än 65 år har minst en kronisk sjukdom och 66 procent av denna åldersgrupp har två eller flera kroniska sjukdomar. Mellan 3 till 5 procent av de 65 år och äldre som inkluderas genom indikatorer för "mest sjuka äldre" utgör cirka 50 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader

forskningen inom vård och hälsa generellt. Kravet på att hitta kostnadseffektiva lösningar som också är hälsoekonomiskt lönsamma kommer att bli allt viktigare.

Nya arbetssätt kommer att behövas och en väg framåt för att underlätta den omställning som kommer att krävas och som underlättas av den digitala utvecklingen är mot bättre planering och mer samverkan mellan kommuner och landsting. Såväl hälso- och sjukvården och vård- och omsorgen är beroende av varandra för att kunna hantera kostnadsutvecklingen på grund av den demografiska utvecklingen. På många ställen i landet har det förekommit och pågår en rad olika försöksverksamheter och samverkanslösningar mellan landstingen och kommunerna i syfte att få till mer kvalitativa vårdformer för patienter och brukare. Det gäller i Stockholms län också.

Det finns även en del utvärderingar att ta del av, men tyvärr är dessa utvärderingar i de allra flesta fall koncentrerade till att få svar på frågan hur vården har fungerat och inte vad den har kostat och om den är samhällsekonomiskt effektiv. Samhällets resurser är begränsade och därmed måste prioriteringar göras dels mellan insatser för folkhälsan och annan välfärd, dels mellan olika insatser inom vård och hälsa. Samhällsekonomiska beräkningar bidrar till att avgöra vilka insatser som bör prioriteras och är därmed viktiga beslutsunderlag.

En ambitiös analys om vad ökad samverkan kan leda till återfinns emellertid i Noren och Fransson (2016). Där konstaterar man bland annat att samverkansformen med benämningen Samordnad vård- och omsorg till de mest sjuka, från Närvårdssystemet i västra Skaraborg, har lett till följande resultat:

- Reducering av antalet vårddagar med 75 till drygt 90 procent
- Minskade akutbesök med 80 procent (över en längre period)
- Minskade mottagningsbesök med 89 procent (över en längre period)
- Hemsjukvårdsinsatser och omsorg stabiliseras och ökningstakten bryts generellt
- Behov av korttidsplatser och särskilt boende minskar för målgruppen

Vad skulle då en reduktion av antalet vårddagar leda till för ekonomiska effekter i Stockholms län? Baserat på data från Webcare, där bland annat antalet vårdtillfällen fördelat på antalet utskrivningsklara dagar framgår, skulle det betyda förhållandevis mycket. Med ett antagande om en prislapp på 7 100 kr per dygn för alla utskrivningsklara skulle en reducerad vårddag för alla patienter som har fyra utskrivningsklara dagar eller fler ha minskat kostnaderna med 37 mkr bara under 2017. Två dagars reduktion skulle ha minskat kostnaderna med 64 mkr.

Man får dock räkna med att den samhällsekonomiska effekten blir mindre eftersom kommunerna kanske behöver förstärka beredskapen för tidigare hemgång. Dessutom tillkommer kostnader för själva teamen. Å andra sidan finns det goda möjligheter att antalet hemtjänststimmar kan reduceras. Det visar bland annat en analys av effekterna av hemtjänstteam i Uppsala kommun 2014 (Uppsala kommun, 2014) där man kommer fram till att reduktionen av antalet hemtjänststimmar är högre än kostnaderna för den s.k. hemtjänstteamen.

Dessutom minskar även hemsjukvårdsinsatserna, behoven av korttidsplatser och särskilt boende enligt erfarenheterna från Västra Skaraborg. Korttidsplatserna kostade kommunerna 694 mkr under 2017. 50 % av inflödet av brukare till korttidsplatserna kommer från Hälso- och sjukvården. Om inflödet till korttidsplatserna kunde reduceras med hälften skulle det i så fall innebära 25 % lägre kostnader för korttidsboende, vilket motsvarar 173 mkr. Till detta skall också läggas minskade kostnader för särskilt boende.

Ovanstående beräkningar är bara några exempel på vad som skulle kunna vara möjligt att effektivisera under förutsättningen att alla inblandade parter inom vård- och hälsa kunde finna samverkansformer som också ger bättre kvalitativ vård för patienter och brukare. För kommunernas del handlar detta inte bara om vård- och omsorg om äldre. Även inom individ- och familjeomsorgen och skolverksamheten finns fördelar med ökad samverkan. Det framgår inte minst av Ingvar Nilsson (Nilsson Lundmark & Nilsson) som i sitt arbete uppskattat att kostnaderna för en individ som får ett livslångt utanförskap i det värsta scenariot kan uppgå till 35 miljoner kronor över en livstid. Men med bättre samverkan mellan alla inblandade samhällsfunktioner, tidigare insatser och bättre utnyttjande av tekniska lösningar kan emellertid trenden definitivt vända enligt Nilsson.

Referenser

Dag Norén och Magnus Fransson. 2016. Målgrupper i fokus för samverkan – bedömningar av kostnadsutveckling och potentialer. Implement Consulting Group.

Nilsson Lundmark & Nilsson. OM SAMVERKAN MELLAN SKOLA OCH ARBETSLIV UR ETT SOCIOEKONOMISKT PERSPEKTIV. 2015

Uppsala kommun. Rapport Hemtagningsteam i Uppsala kommun 2014. 2014.

Mats Klingvall, ekonom

Ekonomiska utvärderingar – den fortsatta strategin

På många ställen i landet har det förekommit och pågår en rad olika försöksverksamheter och samverkanslösningar mellan landstingen och kommunerna i syfte att få till mer kvalitativa vårdformer för patienter och brukare. Det gäller i Stockholms län också.

Det finns även en del utvärderingar att ta del av, men tyvärr är dessa utvärderingar i de allra flesta fall koncentrerade till att få svar på frågan hur vården har fungerat och inte vad den har kostat och om den är samhällsekonomiskt effektiv. Samhällets resurser är begränsade och därmed måste prioriteringar göras dels mellan insatser för folkhälsan och annan välfärd, dels mellan olika insatser inom vård och hälsa. Samhällsekonomiska beräkningar bidrar till att avgöra vilka insatser som bör prioriteras och är därmed viktiga beslutsunderlag.

En ambitiös utvärdering av olika försöksverksamheter och samverkansnätverk för de mesta sjuka äldre har gjorts av Socialstyrelsen (2014). Socialstyrelsen konstaterar emellertid att ”få av de 19 projekten har kunnat göra bedömningar av hur kostnadseffektiva de metoder som prövats är, än mindre några hälsoekonomiska bedömningar.” Slutsatsen är talande för de flesta utvärderingar som finns tillgängliga, även om vissa undantag förekommer.⁷⁹

Därför är det av största vikt att de ekonomiska utvärderingarna fortsättningsvis inkluderas i styrgruppens arbete. Därför rekommenderas att både Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms län (HSL) och Storsthlm utser varsin ekonom som gemensamt och i samråd med styrgruppen arbetar med de ekonomiska konsekvensberäkningarna.

Fokus för ekonomerna från HSL och Storsthlm skall i första hand ligga på den totala effekten för landstinget och kommunerna, i andra hand på effekterna för respektive part. Ekonomerna skall också i samråd med styrgruppen bestämma vilka målgrupper som de samhällsekonomiska beräkningarna skall vara koncentrerade till. Vidare ska det slutgiltiga samverkansavtalet utvärderas i två faser. Den första gången efter ett år och den andra gången efter två år.

Referenser

- Erfarenheter från hjärtviktsvård inom avancerad hemsjukvård i Skellefteå. HOPP-projektet. 2015.
- E-hemtjänst. Projekt Behovsstyrt IKT-stöd. Rapport augusti 2012. Införande av eHemtjänst. Dnr 2012/228-NF-752.
- Försöksverksamheter och samverkansnätverk för de mest sjuka äldre. Slutrapport från utvärderingen. Socialstyrelsen, 2014.
- Närvården i västra Skaraborg. Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare. Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting. HCM Health Care Management 25 november 2013.

Utvärdering av NP-center. Ett samverkansprojekt för ungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. FoU-rapport 2016:2. /Mats Klingvall, ekonom

⁷⁹ Se bland annat Närvården i västra Skaraborg (2013), Utvärdering av NP-center (2016), Erfarenheter från hjärtviktsvård inom avancerad hemsjukvård i Skellefteå (2015), E-hemtjänst (2012) samt Dag Norens underlagsrapport där erfarenheter och ekonomiska kalkyler från Västra Götalands län och Skåne län finns redovisade.

Bilaga 6 Samverkansöverenskommelser mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och länets kommuner

Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

I januari 2018 trädde en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kraft och samtidigt upphävdes den lag som styr kommunernas betalningsansvar. Lagen innebär bland annat att landsting och kommuner tillsammans ska fastställa gemensamma riktlinjer för samverkan och komma överens om tidpunkt för kommunens betalningsansvar samt vilka belopp som ska betalas.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Storsthlm har i samråd med vårdgivare och kommuner utformat gemensamma riktlinjer och rutiner som beskriver hur olika aktörer ska arbeta enligt den nya lagen. Överenskommelsen gäller från den 1 januari 2018 till 31 december 2019 med möjlighet till förlängning. Planen är att en långsiktig överenskommelse ska komma i kraft därefter. På grund av att dataöverföringssystemet WebCare inte varit uppdaterat har detta lett till vissa förseningar och Stockholms läns landsting och kommunerna i länet började att arbeta utifrån överenskommelsen den 14 november 2018.

Överenskommelsen innebär att öppenvården kommer att få ett större ansvar för patienten samt vara dem som sammankallar till möten med socialtjänsten vilket benämns som samordnad individuell plan (SIP).

Målgruppen är individer som efter utskrivning från slutenvård, vilket inkluderar den somatiska-, psykiatriska- som beroendevården, behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppenvården. Syftet med den nya lagen är att hålla ledtiderna mellan slutenvård på sjukhus och vård i omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende så korta som möjligt.

Uppföljning av den tidsbegränsade överenskommelsen sker månatligen genom mätning av att utskrivningsklara dagar på sjukhus inte ökar, samt återinskrivning av patienter 65 år eller äldre inom 30 dagar.

Samverkansavtal IT- tjänst för in-och utskrivning i slutenvården mellan kommun/stadsdelsnämnd och Stockholms läns landsting

WebCare är namnet på det systemstöd som används för samverkan vid vårdövergångar och som hanterar informationsöverföringen mellan sjukhus, primärvård och kommun för hela länet.

Vissa organisationer har dock inte tillgång till WebCare, som exempelvis vård- och omsorgsboenden och psykiatriska mottagningar vilket gör att de använder sig av exempelvis fax för utbyte av information.

Interimsöverenskommelsen omfattar alla målgrupper och åldrar för att säkerställa en trygg övergång mellan landstingets och kommunens ansvarsområden.

Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska landsting och kommun utarbeta övergripande rutiner för samverkan i samband med egenvård. Respektive huvudmans ansvar framgår av lagstiftningen.

Samverkansöverenskommelsen mellan Stockholms läns landsting och kommunerna antogs år 2015 av samtliga kommuner i länet. Begreppet praktisk hjälp med egenvård avser en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att den enskilde/patienten själv kan utföra eller ansvara för med praktisk hjälp. I vissa enskilda fall kan dock egenvård bedömas för en enskild/patient som inte helt självständigt kan ansvara för sin egenvård, till exempel för barn och enskilda/patienter med kognitiv svikt som kan få hjälp av en närstående med

läkemedelshantering. En förutsättning är att den som gör egenvårdsbedömningen bedömer att den närstående kan utföra åtgärden på ett säkert sätt.

Målgruppen är individer som oavsett ålder kan ansvara för egenvård men inte har förmågan att helt eller delvis utföra den och därför behöver praktisk hjälp med sin egenvård.

Samverkansöverenskommelsen syftar till att främja den enskildes/patientens autonomi, beslutsförmåga, delaktighet och integritet, samt hög patientsäkerhet. Vidare syftar samverkansöverenskommelsen till att parterna ska ha en gemensam tolkning av begreppet egenvård och tydliggöra hälso- och sjukvårdens ansvar för bedömning, planering och uppföljning av egenvård samt att ange vilka krav som ställs på hälso- och sjukvården vid egenvårdsbedömningar.

Det är viktigt att de personer som ska arbeta enligt samverkansöverenskommelsen fått information om innehållet och förstår hur den ska tillämpas. Verksamhetschefer för hälso- och sjukvården i landsting och kommun och förvaltningschefer eller motsvarande i samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, eller medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR, i kommunen har ett särskilt stort ansvar att informera och utbilda kring innehållet i samverkansöverenskommelsen så att den blir känd och följs i respektive verksamhet. Parterna har ett gemensamt ansvar att regelbundet följa upp överenskommelsen och stämma av resultatet med varandra.

Andningshjälp i hemmet

Samverkansöverenskommelsen mellan Stockholms läns landsting, Kommunförbundet Stockholms län (numera Storsthlm) och Försäkringskassan beträffande personer i behov av andningshjälp i hemmet gällde från och med 1 juli 2009 till och med juni 2016 då den sades upp av Försäkringskassan efter en dom i Högsta domstolen. Samverkansöverenskommelsen hade antagits av cirka 20 kommuner.

Målgruppen för samverkansöverenskommelsen var personer som bor i ordinärt boende och har behov av både stöd i hemmet enligt SoL, LSS, Lagen om assistansersättning (LASS) eller Skollagen (SkolL) och hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet i form av andningsstöd. Syftet med samverkansöverenskommelsen var att minimera det olika antal personer som ger hjälp i hemmet och skapa förutsättningar för en säker hälso- och sjukvård. Vidare reglerade samverkansöverenskommelsen kostnadsfördelningen mellan parterna.

I Stockholms län delegeras insatserna och betraktas där med som hälso- och sjukvård, från personal på mottagningen Nationellt respirationscentrum på Danderyds sjukhus, till personliga assistenter som genomför insatserna. Vårdgivaren är ansvarig för vården såväl för uppföljningen. Ute i landet betraktas insatserna som egenvård och närstående ska efter enkel instruktion kunna utföra insatserna. Idag blir det i varje individuellt patientärende en förhandling om kostnaden mellan Stockholms läns landsting och aktuell kommun. Ofta grundas besluten på tidigare patientfall. Den ekonomiska frågan löstes även under överenskommelsens giltighetstid genom förhandling mellan Stockholms läns landsting och de kommuner som ej antog överenskommelsen. Uppföljning av överenskommelsen skulle ske gemensamt av parterna.

Ett förslag till en ny samverkansöverenskommelse mellan Stockholms läns landsting och Storsthlm har gemensamt tillsammans med representanter från ett antal kommuner arbetats fram, men ännu inte presenterats i VIS med anledning av Regeringens tilläggsdirektiv **Dir. 2018:35** till LSS-utredningen.

Försöksperiod mellan kommuner och hjälpmedelscentraler i Stockholms län avseende tekniska hjälpmedel

Landsting och kommun har efter ÄDEL-reformen och 1994 års Handikappreform ett delat ansvar för hjälpmedel. Centrala Stockholms sjukvårdsområde (CSSO) och Storsthlm (dåvarande KSL - Kommunförbundet Stockholms län) startade den 1 juli 1997 en försöksverksamhet om ett år i syfte att förtydliga ansvars- och kostnadsfördelningen gällande följande områden: Hjälpmedel i särskilda boendeformer (exklusive omsorgsboenden), hjälpmedel i kommunens barnomsorg, hjälpmedel i skolan, hjälpmedel i bostäder med särskild service inom handikappomsorgen (LSS).

Överenskommelsen från 1997 förnyades aldrig men efterlevs än idag av Stockholms läns landsting såväl kommunerna i länet. Nedan följer ett förtydligande av överenskomna områden.

- *Hjälpmedel i särskilda boendeformer, exklusive omsorgsboenden.*

Genom den skatteväxling som inträdde 1992 övergick nio miljoner kronor från Stockholms läns landsting till kommunerna för tekniska hjälpmedel.

- *Hjälpmedel i kommunens barnomsorg.*

Avseende hjälpmedel i kommunens barnomsorg finns det en skillnad gällande kostnadsansvar för de hjälpmedel som behövs i hemmet kontra på dagis/förskola.

- *Hjälpmedel i skolan.*

I grundskola, gymnasium och i högskolan gäller andra riktlinjer där skolan (huvudmannen) har som uppdrag att se till att eleverna med funktionshinder kan tillgodogöra sig undervisningen och fungera i skolmiljön och landstinget ansvar för anpassningar och utrustning som kan hjälpa eleven. Skolan ansvarar således för exempelvis arbetstekniska hjälpmedel, läromedel, lokaler, grundutrustning och service samt förbrukningsmaterial medan landstinget har ansvar för exempelvis utprovning av individuellt anpassade hjälpmedel, underhåll och service.

- *Hjälpmedel i bostäder med särskild service inom handikappomsorgen, LSS.*

Under 2004 valde Kommunförbundet Stockholms län (numera Storsthlm) och Stockholms läns landsting (SLL) att göra ett förtydligande gällande kostnadsansvaret utifrån överenskommelsen. SLL övertog i samband med det kostnadsansvaret för vissa hjälpmedel som tillhör till förskrivna hjälpmedel, bashjälpmedel och duschstolar med hjul inom LSS boenden, samt personliga hjälpmedel för enstaka rörelsehindrade barn i särskolegrupp/klass.

Under 2015 övertog kommunerna i Stockholms län, hälso- och sjukvårdsansvaret för personer som bor i bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS. De personalkategorier som berördes var distriktssköterskor, sjuksköterskor och undersköterskor samt personal som arbetade inom primärvårdsrehabilitering. Förändringen avsåg basal hemsjukvård (inklusive enstaka hembesök och primärvårdsrehabilitering) i bostad med särskild service och i daglig verksamhet. I samband med detta ändrades även förskrivningen och kostnadsansvaret för vissa hjälpmedel till målgruppen. Representanter från kommun såväl landsting arbetade tillsammans med att specificera kostnadsansvaret för hjälpmedel vilket ledde till att hjälpmedel kategoriserades under ISO-koder där det framgår vilken huvudman som bär ansvaret. Det finns idag sex styrdokument innehållandes ISO-koder vilka klassificerar hjälpmedel såväl kostnadsansvaret. Dessa dokument avser endast hjälpmedel till de personer som är aktuella inom LSS.

Idag arbetar Region Stockholm och Storsthlm med att se över överenskommelserna om gällande hjälpmedel inom LSS och inom äldreomsorgen vilket bland annat innebär en översyn av kostnaderna för åren 2015–2017.

Hjälpmedel inom kommunens barnomsorg är idag något som ligger inom skolans ansvarsområde men som hanteras enligt överenskommelsen. 2011 tillkom ett uppdrag att se över överenskommelsen för skolan och barnomsorgen, detta arbete är i dagsläget pågående.

Reglering av samverkan mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och vårdgivare

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen tecknar avtal med vårdgivare på uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden. I avtalsmallarna finns följande standardtext i specifika uppdragsbeskrivningen som reglerar hjälpmedel och visst förbrukningsmaterial:

”Hjälpmedel och visst förbrukningsmaterial

Vårdgivaren ska efter behovsbedömning förskriva hjälpmedel, förbrukningsmaterial eller näringsprodukter enligt SLL:s anvisningar, regler och beställningsrutiner, se Hjälpmedelsguiden via Vårdgivarguiden. Vårdgivaren ska vara väl förtrogen med aktuellt hjälpmedelsutbud, följa upp förskrivna hjälpmedel samt även i övrigt fullfölja sitt förskrivansvar. Vårdgivare som i sitt uppdrag har att förskriva bashjälpmedel för rörelsenedsättning med mera ska tillhandahålla utrymme för utlämning och återtagning för denna typ av hjälpmedel.”

Vårdgivaren ansvarar för att ta ut eventuell avgift av patienter/brukare för hjälpmedel enligt SLL:s beslut, se Vårdgivarguiden. Avgiften ska tillfalla Beställaren.

Samverkan kring personer med missbruk/beroende

Enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ska landsting och kommuner ingå samverkansöverenskommelse om samarbete kring personer som missbrukar/är beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Respektive huvudmans ansvar framgår av lagstiftningen. Samverkan och överenskommelser mellan huvudmännen ska lösa frågan i de fall då lagar, föreskrifter och riktlinjer inte ger tydlig vägledning om ansvarsgränser.

Målgruppen för samverkansöverenskommelsen är föräldrar och gravida med missbruk/beroende samt barn (inklusive det väntade barnet), ungdomar och unga vuxna med missbruk/beroende, personer med samsjuklighet, personer med missbruk/beroende med samtidigt sociala problem, äldre med missbruk/beroende, personer med missbruk av dopningsmedel och personer med läkemedelsberoende.

Samverkansöverenskommelsen innehåller åtaganden för ingående parter avseende samverkan kring målgruppen. Samverkan sker på regional och lokal nivå. Alla kommuner i Stockholms län har antagit den regionala samverkansöverenskommelsen.

Uppföljning av samverkansöverenskommelsen sker inom regionala samrådet med cheftjänstemän från kommun, landsting, privata vårdgivare, kriminalvård, polis och länsstyrelse. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Storsthlm leder samrådet och bemannar även gemensamt det sekretariat som är knutet till samrådet. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen följer även upp landstingsfinansierade vårdgivare avseende avtal och rutiner.

Samverkan gällande personer med missbruk/beroende av spel om pengar

Från den 1 januari 2018 gäller nya regler i socialtjänstlagen och i hälso- och sjukvårdslagen. Lagändringen innebär bland annat att kommuner och landsting ska ingå en överenskommelse om samarbete i fråga om personer som missbrukar spel om pengar. Storsthlm och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har under 2018 tagit fram ett förslag till överenskommelse, som under våren 2019 förväntas antas i de 26 kommunerna samt i Hälso- och sjukvårdsnämnden. Överenskommelsen antogs i Storsthlms styrelse i december 2018.

Överenskommelsen är ett tillägg till de regionala överenskommelserna mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län: Samverkan kring personer med missbruk/beroende (2017) och Samverkan kring personer med psykisk sjukdom/psykisk funktionsnedsättning (2012).

Genom lagändringen är missbruk/beroende som gäller spel om pengar likställt med missbruk/beroende av alkohol och andra substanser. Ändringen ska inte tolkas som att kommunerna ges ett ansvar för behandling grundad i HSL, vilket är landstingens ansvar.

Målgruppen för överenskommelsen är personer med ett missbruk/beroende av spel om pengar samt anhöriga och närstående i behov av råd och stöd (i begreppet inkluderas även barn). I tilläggsöverenskommelsen synliggörs syfte, mål, ansvarsfördelning och åtaganden för kommuner och landsting. Här nämns även gemensamma åtaganden såsom att kommunerna och landstinget åtar sig gemensamt att:

- Erbjuda samordnade insatser till personer med ett spelmissbruk/spelberoende och samtidigt

missbruk/beroende och psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (samsjuklighet)

• Säkerställa processer och riktlinjer för systematisk uppföljning av de åtaganden som ingår i tilläggsöverenskommelsen samt för avvikelser i samverkan.

Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL) ska landsting och kommuner ingå överenskommelse om samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning. Respektive huvudmans ansvar framgår av lagstiftningen. Samverkan och överenskommelser mellan huvudmännen ska lösa frågan i de fall då lagar, föreskrifter och riktlinjer inte ger tydlig vägledning om ansvarsgränser.

Målgruppen för samverkansöverenskommelsen är vuxna personer från 18 år som har en psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och upplever väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid.

Alla kommuner i Stockholms län har antagit den regionala samverkansöverenskommelsen. På lokal nivå ska det finnas samverkansöverenskommelser mellan kommunen och de landstingsfinansierade verksamheterna som utformas efter lokala behov som stöd i det dagliga arbetet. De ska innehålla gemensamma mål och rutiner samt ange hur överenskommelsen ska följas upp och utvärderas.

Till samverkansöverenskommelsen finns en tilläggsöverenskommelse avseende samverkan kring äldre med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning. Målgruppen för denna är personer 65 år och äldre och som har en psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning. Syftet med tilläggsöverenskommelsen är att komplettera de lokala samverkansöverenskommelserna.

Uppföljning av samverkansöverenskommelsen sker inom regionala samrådet med cheftjänstemän från socialtjänsten, landstingets Hälso- och sjukvårdsförvaltning, primärvården, psykiatrin och beroendevården samt från kriminalvården. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen följer även upp landstingsfinansierade vårdgivare avseende avtal och rutiner.

Samverkan kring barn i behov av särskilt stöd (BUS)

BUS-överenskommelsen är en samverkansöverenskommelse mellan Stockholms läns landsting och samtliga kommuner som utgår från lagar (Hälso- och sjukvårdslagen, Socialtjänstlagen, Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, Skollagen, Föräldrabalken, Lagen om psykiatrisk tvångsvård, Lagen om vård av unga, Lag om verkställighet av sluten ungdomsvård), författningar och föreskrifter som tillsammans med andra riktlinjer och överenskommelser stödjer det lokala gemensamma arbetet mellan landstingets och kommunens verksamheter. Inom den egna verksamheten ansvarar respektive huvudman för beslut om och genomförande av insatser.

Målgruppen för samverkansöverenskommelsen är barn under 18 år som är i behov av särskilt stöd från skolan och/eller socialtjänsten samt från hälso- och sjukvården. Alla kommuner i Stockholms län har antagit den regionala samverkansöverenskommelsen.

Samverkansöverenskommelsen utvecklas och följs upp av BUSSAM, en länsövergripande cheftjänstemannagrupp med representanter från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Storsthlm, landstingets övriga verksamheter och kommunernas förvaltningar. På lokal nivå finns BUS-grupper med chefer från huvudmännens förvaltningar och verksamheter som ansvarar för att förmedla och förankra information från BUS-gruppen i den egna verksamheten och förvaltningen. Den lokala BUS-gruppen ansvarar bland annat för att ta fram lokala överenskommelser och rutiner för samverkan kring särskilda målgrupper och se till att de är väl kända i verksamheterna.

Sammanhållen överenskommelse om vård- och omsorg för äldre

Överenskommelsen innehåller delöverenskommelser, *Samverkan mellan läkarorganisation/läkare och kommunfinansierad hälso- och sjukvårdsorganisation/personal i särskilt boende för äldre,*

Samverkan för individuell nutritionsbehandling i särskilt boende för äldre, God läkemedelsanvändning för äldre, Kostnadsfördelning för medicintekniska produkter i särskilt boende för äldre (beskrivs närmre under överenskommelsen som avser hjälpmedel), samt *Kostnadsfördelning av läkemedel och läkemedelsnära produkter i särskilt boende för äldre i Stockholms län*. Samtliga kommuner i länet har antagit överenskommelsen, med undantag för *Samverkan för individuell nutritionsbehandling i särskilt boende för äldre* som inte alla kommuner antagit.

Målgruppen för överenskommelsen är personer 65 år och äldre. I respektive delöverenskommelse anges ytterligare specifikation av målgrupp för aktuell delöverenskommelse.

Överenskommelsen som avser vård- och omsorg för äldre är en regional överenskommelse mellan kommun och landsting. Det övergripande syftet är att den ska utgöra en grund och ett stöd för det gemensamma arbetet mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i länet på lokal nivå, samt klargöra ansvarsgränserna. Vidare är syftet att eftersträva en effektiv samhällsekonomisk resursanvändning genom att verksamheter samverkar så effektivt som möjligt för att individen ska få uppleva en sammanhållen vård.

Nedan framgår förtydligande av delöverenskommelserna.

- I delöverenskommelsen *Samverkan mellan läkarorganisation/läkare och kommunfinansierad hälso- och sjukvårdsorganisation/personal i särskilt boende för äldre* framgår att kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar för dem som efter ett biståndsbeslut bor i ett särskilt boende för äldre. Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar dock inte läkarinsatser. Landstinget tillhandahåller läkarinsatserna på särskilt boende.
- I delöverenskommelsen *Samverkan för individuell nutritionsbehandling i särskilt boende för äldre* är målet att individen får sitt energi- och näringsbehov tillgodosett utifrån sina individuella förutsättningar och behov.
- I delöverenskommelsen *God läkemedelsanvändning för äldre* är målet att individen ska få en god och optimal vård samt patientsäker läkemedelsbehandling. Överenskommelsen syftar även till att tydliggöra kostnadsansvaret för respektive huvudman, kommun respektive Stockholms läns landsting, när det gäller läkemedel och läkemedelsnära produkter för äldre som bor på särskilt boende. När kommunen ansöker om att få inneha ett läkemedelsförråd på särskilt boende skapas ett avtal med landstinget.

Uppföljning av överenskommelsen ska ske årligen och det åligger kommunerna såväl landstinget. Landstinget följer upp överenskommelsen vartannat år i samband med avtalsuppföljning med vårdgivare.

Samverkan vid vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom från 2012, regionala styrdokument och tillämpliga lagar och föreskrifter låg till grund för samverkansöverenskommelsen som år 2012 antogs av samtliga kommuner i Stockholms län.

Syftet med samverkansöverenskommelsen är att utgöra en grund och ett stöd för kommunen och landstingets gemensamma arbete på lokal nivå. Vidare är målet att överenskommelsen ska resultera i att skriftliga lokala rutiner/riktlinjer/program utarbetas i samverkan mellan kommunens och landstingets lokala utförare oavsett driftsform, i länets samtliga kommuner.

Samverkansöverenskommelsen ska följas upp minst vart tredje år av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting och Storsthlm (tidigare Kommunförbundet Stockholms län). Samverkansöverenskommelsen har ännu inte följts upp. Exempel på vad som ska

följas upp är förekomsten av lokala program i länet, hur samverkan fungerar på lokal nivå, att programmet är förenligt med gällande nationella riktlinjer, regionala vårdprogram, lagar och föreskrifter.

Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län angående uppsökande verksamhet för vissa äldre och funktionshindrade

Stockholms läns landsting och samtliga kommuner har antagit samverkansöverenskommelsen som gäller från 2012 och tillsvidare med möjlighet för parterna att säga upp eller omförhandla överenskommelsen.

Syftet med samverkansöverenskommelsen är att förtydliga det för landsting och kommun, gemensamma ansvaret för uppsökande verksamhet (munhälsobedömning och munvårdsutbildning). Den uppsökande verksamheten ingår som en del i tandvårdsstödet för vissa äldre och funktionshindrade som infördes den 1 januari 1999. Målet är att den berättigade ska få minimerat besvär från tänder och munslemhinna, bibehålla relevant tuggförmåga och utseende och att munhälsotillståndet inte försämrar allmäntillståndet eller ger upphov till ett ökat omvårdnadsbehov.

Målgrupper som omfattas av överenskommelsen avser personer som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt hälso- och sjukvårdslagen och som har ett varaktigt behov av omfattande vård och omsorgsinsatser, de som har varaktigt och omfattande behov av hemsjukvård, de som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), samt de som bor i ordinärt boende och som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Ovan nämnda individer ska erbjudas munhälsobedömning en gång per år, erbjudande ska även ges till dem som föregående år tackat nej vilket registreras i datasystemet *Symfoni*.

I landstingets ansvar ingår bland annat att tillhandahålla vårdgivare som utför uppsökande verksamhet och uppdraget omfattar munhälsobedömning, individuell rådgivning samt erbjudande om eventuell nödvändig tandvård, munvårdsutbildning och handledning till vård- och omsorgspersonal. Kommunen ansvarar bland annat för att identifiera personer som omfattas av den uppsökande verksamheten, samt utser en kontaktperson gentemot landstinget, planerar för den uppsökande verksamheten, samt godkänner utfärdare av tandvårdsstödsintygen.

Överenskommelsen och rutiner ska följas upp årligen av Stockholms läns landsting och Storsthlm (tidigare Kommunförbundet Stockholms län). Revidering och kontinuerlig uppdatering utifrån gällande författningar och lagstiftning av överenskommelsen sker i samråd mellan parterna. Om verksamheten inte fungerar på avtalat sätt ska skriftlig avvikelserapportering ske enligt gemensamma avvikelserutiner. Landstinget ska årligen rapportera per kommun/stadsdel antalet personer som erbjudits en munhälsobedömning och hur många som tackat ja, samt hur många som utförts. Även antalet vård- och omsorgspersonal som genomgått munvårdsutbildning ska rapporteras och kommunen vara landstinget behjälplig.

Överenskommelse om omhändertagande av avlidna mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län

Enligt 1 § i HSL innefattas i hälso- och sjukvård att ta hand om avlidna. Som sjukvårdshuvudmän har både landstinget och kommunerna ett ansvar för att ta hand om avlidna. Kommunerna har ett ansvar för att ta hand om personer som avlidit i särskilda boendeformer och dagverksamhet enligt SoL och LSS. Från och med den 1 oktober 2015 innefattas också personer som avlidit i bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS.

Målgruppen för överenskommelsen avser personer som avlider inom kommunernas särskilda boendeformer där kommunen är sjukvårdshuvudman, det vill säga särskilt boende och dagverksamhet enligt socialtjänstlagen (SoL) och boende med särskild service och daglig verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Syftet med överenskommelsen är att tydliggöra kostnader, administrativa rutiner och ansvarsfördelning gällande transport och bårhusförvaring. Överenskommelsen trädde i kraft den 1 juli

2016, det uppdagades under 2017 att SLL inte formellt fattat beslut om att anta överenskommelsen. Landstinget behövde därför behandla överenskommelsen på nytt, därav den sena hanteringen. Den reviderade överenskommelsen antogs av Landstingsstyrelsen i Stockholm den 18 september 2018 och i Landstingsfullmäktige den 20 november 2018, och den förväntas antas av Storsthms styrelse och kommunerna under våren 2019.

Bårhusen i Stockholms läns landsting tillhandahåller lämpliga lokaler och uppfyller de krav som ställs i enlighet med landstingets regelverk för omhändertagande och förvaring av avlidna.

Kommun är som sjukvårdshuvudman ansvarig för omhändertagande av personer som avlidit inom kommunernas särskilda boendeformer. Kommun är som sjukvårdshuvudman skyldig att ansvara för transport och bårhusförvaring och reglerar detta i avtal med entreprenör och Stockholms läns landsting tar över hälso- och sjukvårdsansvaret och kostnadsansvaret för transport och bårhusförvaring om en klinisk obduktion ska utföras eller om explosivt material där exempelvis en pacemaker ska tas bort.

Bilaga 7 Reglering av samverkan i avtalen mellan landstinget och vårdgivare

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen tecknar avtal med vårdgivare på uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden. I *avtalsmallarna* finns följande standardtext i specifika uppdragsbeskrivningen som reglerar samverkan:

”Samverkan för patientens bästa

Vårdgivaren ska samverka med vårdgivare och huvudmän i den omfattning som krävs för Uppdragets utförande. I detta ingår att utveckla och dokumentera arbetssätt och rutiner för samverkan.

Vårdprocesser

Vårdgivaren ska säkerställa att vårdprocessen ur ett patient- och närståendeperspektiv är så sammanhängande som möjligt.

Vårdgivaren ska vid behov och efter dokumenterat samtycke informera patientens husläkare, eller annan ansvarig läkare, om patientens aktuella vård och behandling. Detta gäller särskilt för äldre med stora och sammansatta vårdbehov, patienter med omfattande funktionsnedsättning, kroniskt sjuka patienter, barn och unga med behov av särskilt stöd, patienter med smärtproblematik och patienter med psykisk ohälsa.

Vårdgivaren ansvarar för överlämnande till annan vård- eller omsorgsgivare för att ge patienten god och samordnad vård. Så få kontaktpunkter som möjligt ska involveras i patientens möte med vården. Vårdgivaren ska utse ansvarig som säkrar övergångar för patienten mellan vård- och omsorgsgivare.

Vårdplanering

Vårdgivaren ska aktivt delta i och vid behov ta initiativ till vårdplanering i samverkan med andra vård- och omsorgsgivare.

Vårdgivaren ska se till att patienten och vid behov närstående görs delaktiga i vårdplaneringen. Patientens samlade behov, det vill säga medicinska behov, omvårdnadsbehov och behov utifrån funktionsförmåga, ska vara utgångspunkt för den vård som planeras och erbjuds.

Övergripande samverkansöverenskommelser

Vårdgivaren ska känna till och följa beslut och riktlinjer i samverkans-överenskommelser som finns mellan SLL och andra huvudmän och som berör Vårdgivarens uppdrag, se Vårdgivarguiden. Vårdgivaren ska delta i arbetet med att anpassa och utveckla dessa till lokal nivå.

Lokala samverkansöverenskommelser

Vårdgivaren ska upprätta skriftliga samverkansöverenskommelser med vård- och omsorgsgivare i det lokala vårdnätverket inom vårdområdet x som är lokaliserade i samma kommun/stadsdel som Vårdgivaren.”

Hälsofrämjande arbete för husläkarmottagningar med basal hemsjukvård

I förfrågningsunderlaget (FFU) enligt Lag om valfrihetssystem (LOV) för Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård som gäller från 2018-01-01 ingår hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser samt rådgivning och hembesök. Det innebär bland annat att vårdgivaren ska förmedla ett hälsofrämjande synsätt genom att informera, stödja och motivera patienten att ta eget ansvar för sin hälsa. Vidare innebär det att tidigt uppmärksamma psykisk ohälsa, personer med missbruk samt personer med ohälsosamma levnadsvanor och erbjuda åtgärd. Vidare står det i FFU att vårdgivaren bör delta i det befolkningsinriktade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete som bedrivs

lokalt av kommuner/stadsdelar och andra aktörer för att gemensamt åstadkomma förbättringar kring levnadsvanor.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har tecknat tilläggsavtal med sex husläkarverksamheter med basal hemsjukvård, belägna i socialt och ekonomiskt utsatta områden med sämre hälsoläge än övriga områden, för att finna former för att bedriva befolkningsinriktade hälsofrämjande insatser. Det övergripande målet är att i samarbete med lokala aktörer nå grupper som annars inte söker vård, rikta hälsofrämjande insatser till socioekonomiskt utsatta grupper i befolkningen, samt att öka medvetenheten om samband mellan levnadsvanor och hälsa i dessa grupper.

Samverkansersättning

I Region Stockholm finns det möjlighet att ansöka om samverkansersättning vilket syftar till att ge ersättning för samverkan som sker mellan vårdgivare, kommun, stadsdelar och andra myndigheter. Samverkansersättningen avser inte samverkan mellan enbart landstingsfinansierade verksamheter eller när samverkan avser enskilda patienter. Samverkan ersätts med 800 kronor per timma och 400 kronor per påbörjad halvtimme och om flera personer från vårdgivaren deltar i samverkansmötet utgår ersättning för var och en. I samverkan kan ingå sådant som berör lokala rutiner för omhändertagande av en patientgrupp som deltagarna har gemensamt ansvar för, exempelvis personer med beroendeproblematik eller personer som får insatser från såväl äldreomsorgen som från hemsjukvården. Samverkan kan ske på lokal nivå som på länsövergripande nivå.

Bilaga 8 Pågående samarbete kommun – landsting riktat mot enskilda individer

Samverkan i samordningsförbund

Samordningsförbund är en samverkan mellan Försäkringskassan (FK), Arbetsförmedlingen (AF), kommun och landsting. Under 2018 finns åtta samordningsförbund representerade i länet vilka är följande:

- Samordningsförbundet i Södertälje (Södertälje kommun)
- Samordningsförbundet VärNa (Värmdö och Nacka kommuner)
- Samordningsförbundet Huddinge, Botkyrka och Salem (Huddinge, Botkyrka och Salems kommuner)
- Samordningsförbundet Östra Södertörn (Haninge, Nynäshamns och Tyresö kommuner)
- Samordningsförbundet Södra Roslagen (Täby och Österåkers kommuner)
- Samordningsförbundet Stockholm stad (Stockholms stad)
- Samordningsförbundet Sollentuna, Upplands-Väsby och Sigtuna (Sollentuna, Upplands-Väsby och Sigtuna kommuner)
- Samordningsförbundet Sundbyberg

Samverkan i samordningsförbund regleras i lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Genom samverkan i ett samordningsförbund kan parterna utveckla det gemensamma ansvarstagandet och därmed välfärds- och rehabiliteringsarbetet. De verksamheter som samordningsförbunden finansierar ska ses som ett komplement till myndigheternas ordinarie verksamhet och målgruppen är individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. Syftet är att utveckla samverkan inom rehabiliteringsinsatser, att samordna gemensamma insatser, samt att underlätta för effektiv resursanvändning, att medborgare ska få stöd i rehabilitering som i sin tur ska verka för individens möjlighet till egen försörjning. Samordningsförbunden arbetar dels med individinsatser, dels med aktiviteter som ska främja och stärka samverkan.

Staten genom Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen inkluderad bidrar med 50 procent av medlen, landsting och kommun med vardera 25 procent till samordningsförbund.

Origo

Origo är ett resurscentrum mot hedersrelaterat förtryck och våld för Stockholms län. Origo är ett samarbete mellan Stockholms läns landsting, samtliga kommuner i länet och Polismyndigheten, Region Stockholm. Inom Origo arbetar ett team bestående av en enhetschef, fyra kuratorer, en barnmorska och en polis. Till Origo kan unga i åldern 13 till 26 år i Stockholms län, som utsätts för hedersrelaterat förtryck och våld, vända sig för att få hjälp, stöd och vägledning. Origo arbetar dessutom med att ge stöd och vägledning i mötet med unga som lever med hedersnormer till yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården, myndigheter, frivilligorganisationer och andra yrkesverksamma.

Origo startade som ett projekt då myndigheterna i länet var överens om att de tusentals unga i Stockholms län som levde med hedersnormer behövde uppmärksammas och få mycket mer stöd. Projektet resulterade i en överenskommelse som 2016 omförhandlades till ett avtal mellan Stockholms läns landsting, samtliga kommuner i länet och Polismyndigheten, Region Stockholm. Avtalet mellan de ingångna parterna gäller till 2020 och förlängs därefter automatiskt med fem år om ingen av parterna motsätter sig. Origo finansieras varje år med sex miljoner kronor, varav 25% från Stockholms läns landsting, 25% från Polismyndigheten, Region Stockholm och 50% från kommunerna, fördelat mellan kommunerna baserat på befolkningens mängd. Det finns inga uppsatta mätbara mål och kvantiteten har inte begränsats i avtalet, så länge det är inom de ekonomiska gränserna.

Mini-Maria

Mini-Maria ger råd, stöd och behandling för ungdomar som har ett missbruk, riskbruk eller beroende av alkohol och droger. Mini-Maria vänder sig också till ungdomarnas föräldrar. Initiativet till besöket hos Mini Maria kan tas av föräldrar, socialtjänsten, skolan, andra viktiga vuxna eller av ungdomen själv. På Mini-Maria arbetar socionomer, sjuksköterskor samt läkare och psykiatriker.

I början av kontakten görs ofta en bedömning genom en strukturerad kartläggning av ungdomens livssituation med fokus på alkohol- och drogvanor samt psykiskt mående. Ungdomen och familjen får stöd och hjälp med målet att det ska leda till drogfrihet.

Mini-Maria finns i alla kommuner i Stockholms län.

Ungdomsmottagningar

Ungdomar upp till 23 år kan vända sig till Ungdomsmottagningen för att få hjälp och stöd i frågor kring sexualitet, självkänsla, relationer, tonårsutveckling, preventivmedel, könssjukdomar och andra gynekologiska besvär. Besöken är avgiftsfria för ungdomarna.

På ungdomsmottagningen arbetar barnmorskor, läkare och på de flesta ungdomsmottagningar finns kurator och på vissa finns psykolog.

Det finns 33 ungdomsmottagningar i Stockholms län.

Familjecentraler

En familjecentral bedriver en verksamhet som är hälsofrämjande, generell, tidigt förebyggande och stödjande samt riktar sig till föräldrar och barn. En familjecentral ska minst innehålla mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete. Samverkan sker med socialtjänst barn- och ungdomspsykiatri och vid behov med vuxenpsykiatri.

En familjecentral är en mötesplats för familjer i ett bostadsområde. Hur verksamheten ser ut beror till stor del på barnfamiljernas behov och önskemål. Uppdraget för verksamheten är att utifrån hela familjens livssituation främja en god hälsa hos barn och föräldrar genom att:

- finnas tillgänglig som nära mötesplats
- stärka det sociala nätverket runt barn och föräldrar
- skapa arbetsformer där föräldrar och barn är delaktiga
- erbjuda lättillgängligt stöd
- vara ett kunskaps- och informationscentrum
- utveckla god service

Det finns ca 20 familjecentraler i Stockholms län.

Operation kvinnofrid

Operation Kvinnofrid är en unik samverkan av myndigheter i Stockholms län med det gemensamma uppdraget att verka för ett samhälle fritt från våld. Tillsammans arbetar myndigheterna för att förebygga våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck. Insatserna behöver vara av förebyggande karaktär och riktas till våldsutsatta vuxna, barn som upplever våld samt till våldsutövare. Operation Kvinnofrid bedrivs i samverkan mellan samtliga av länets kommuner samt Storsthlm, Länsstyrelsen i Stockholms län, Polismyndigheten, Kriminalvården och Stockholms läns landsting.

Bilaga 9 Legala förutsättningar

Lagstiftning som påverkar förutsättningar för en överenskommelse rörande samverkan mellan kommun och landsting avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst

1.1 Huvudmännens respektive ansvar

I denna framställning avses med huvudman, den som enligt lag bär ansvar för viss verksamhet, såsom landstinget är den huvudsakliga huvudmannen för hälso- och sjukvård, medan kommunen endast är huvudman för en mindre avgränsad del av hälso- och sjukvården. Huvudmannaskapet kan aldrig avtalas bort, den myndighet som enligt lag är huvudman för en verksamhet kommer alltid ha det yttersta ansvaret för denna verksamhet. Det finns däremot stora möjligheter för kommun och landsting att i egenskap av huvudman anlita annan för att utföra tjänster åt huvudmannen. När så sker genom till exempel upphandling av leverantör av hälso- och sjukvårdstjänster eller hemtjänster, så kommer huvudmannen fortfarande ha det yttersta ansvaret för att de upphandlade tjänsterna genomförs med god kvalitet.

Respektive huvudmans ansvar följer av lagstiftning, främst hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS. HSL brukar beskrivas som en skyldighetslag medan exempelvis SoL och LSS är så kallade rättighetslagar. Skillnaden är att en skyldighetslag för myndigheten/huvudmannen beskriver vad den ska göra i förhållande till enskilda men saknar möjlighet för enskilda att överklaga. En rättighetslag talar om vad den enskilde har rätt att kräva av myndigheten och beslut som fattas om dessa rättigheter kan överklagas.

När en författning ger kommun och landsting ansvar såsom huvudman, får huvudmannen i princip inte överlåta ansvaret på någon annan. Det följer bland annat av kommunallagen, det finns också prejudikat där ett beslut av en landstingsstyrelse att till kommunerna i länet överföra ansvaret för rehabilitering och habilitering av fysiskt funktionshindrade barn och ungdomar — som bodde i sina föräldrahem och inte fick hemsjukvård — ansågs strida mot HSL (RÅ 1997 ref. 9).⁸⁰

På grund av kompetensreglerna i kommunallagen och den uppgiftsfördelning som framgår av HSL, SoL samt anknytande lagstiftning på till exempel upphandlingsområdet har kommun respektive landstinget begränsade möjligheter att erbjuda varandra tjänster.

1.2 Närmare om lagstiftning angående ansvar

Övergripande bestämmelser om hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, är den lag som reglerar grundläggande skyldigheter för Stockholms läns landsting/SLL (nedan SLL/Region Stockholm) och Stockholms stad respektive länets övriga kommuner (nedan kommunerna) i egenskap av hälso- och sjukvårdshuvudmän. HSL ställer krav på att huvudmannen ska bedriva en god och säker vård samt ett systematiskt kvalitetssäkerhetsarbete.

HSL baseras på att landstingen liksom kommunerna har ett långtgående självstyre, vilket innebär att de kan anpassa sin verksamhet till de lokala och regionala förutsättningarna, så

⁸⁰ Regeringsrättens dom den 5 mars 1997, mål 1873/95, laglighetsprövning av Jämtlands läns landstings beslut att till kommunerna i länet överföra huvudmannaskap för habiliteringsinsatser avseende fysiskt funktionshindrade barn och ungdomar som bor i sina föräldrahem.

att den befolkning de är ansvariga för erbjuds en god och likvärdig vård av hög kvalitet och med hög resurseffektivitet.

Bestämmelser om SLL:s/Region Stockholms ansvar som huvudman för hälso- och sjukvården finns i 7 - 10 kap. HSL, och för kommunernas del i 11 - 13 kap HSL. Hälso- och sjukvårdsansvaret för SLL och kommunerna regleras mer specifikt i 8 kap. 1 - 10 § respektive 12 kap. 1 - 6 § HSL, och ansvaret omfattar även rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Landstinget/regionen har det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvården medan kommunen har ett mer begränsat ansvar i vissa verksamheter i samband med insatser inom socialtjänstens område (se nedan).

Därutöver har kommunen ett särskilt ansvar för elevhälsa inom utbildningsområdet. Det finns även inom detta område behov av att förbättra rutiner och ordning för samverkan. Det kan finnas fördelar med en sådan samordning när det gäller ett huvudavtal av mer övergripande karaktär, men det behöver utredas vidare huruvida en sådan samordning är lämplig och möjlig.

För tandvård finns särskilda bestämmelser i tandvårdslagen och -förordningen (1985:125, 1998:1338).

Landstinget/Regionen

Landstinget/Regionen har det grundläggande ansvaret att erbjuda en god hälso- och sjukvård och tandvård, med reservation för att Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje (KSON) ansvarar för att tillgodose behovet av sådan hälso- och sjukvård som anges i förbundsordningen till invånarna i Norrtälje kommun.

Hälso- och sjukvården delas in i primärvård och sluten vård. Primärvård är öppen vård som ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Landstinget har även ansvaret att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende.

Med sluten vård avses hälso- och sjukvård som ges till en patient som är inlagd vid en vårdinrättning. Sluten psykiatrisk vård avser dels vård som ges i frivilliga former enligt HSL, dels sådan vård som ges med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

Landstinget/Regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

Utöver ansvaret för habiliteringsinsatser enligt HSL ska landstinget efter prövning ge insatsen ”råd och stöd” de som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Det är här fråga om stödinsatser av övergripande natur som till viss del ligger hälso- och sjukvården nära.

Lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet omfattar dessutom lagar som reglerar särskilda områden. Några exempel är smittskyddslagen (2004:168), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård till asylsökande med flera.

Landstingets/regionens ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för. Detsamma gäller sådan habilitering och rehabilitering,

respektive hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning som en kommun ansvarar för enligt HSL, se vidare nedan.

Kommunerna

Kommunernas ansvar inom det sociala området regleras i huvudsak i SoL och LSS. Socialtjänstens ansvar regleras också bland annat i lag (1990:52) om vård av unga, LVU, och lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

Socialtjänstlagen är en målinriktad lagstiftning, med vissa rättighetsbestämmelser.

Socialtjänsten kan arbeta mot de angivna målsättningarna på allmän, generell, och individuell nivå. På en mer generell nivå kan finnas öppna verksamheter, som riktas till olika grupper. Detta kan vara träfflokaler för exempelvis äldre eller för personer med olika former av sociala svårigheter. Personer kan delta i dessa verksamheter, utan att rätten till detta har biståndsprövats.

Insatser på individuell nivå förutsätter däremot någon form av biståndsprövning, som leder fram till ett överklagningsbart beslut.

Socialtjänsten har ett särskilt ansvar för personer som har ekonomiska och sociala svårigheter, men i SoL finns också särskilda bestämmelser om ansvar för olika grupper såsom barn, äldre, personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning och personer med missbruksproblem.

För grupperna äldre och personer med funktionsnedsättning finns vissa insatser där kommunen också har ett i HSL angivet särskilt ansvar för hälso- och sjukvård upp till och med sjuksköterskenivå. Dessa insatser är de som ryms inom begreppet särskilda boendeformer, 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket SoL och 9 § punkterna 8 och 9 i LSS samt dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § SoL. Kommunerna ansvarar inom ramen för dessa insatser och hälso- och sjukvårdsansvar för habilitering och rehabilitering samt för hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning. För andra hälso- och sjukvårdsinsatser än de nu angivna ansvarar landstinget. När det gäller landstingets ansvar för läkarinsatser i samband med dessa insatser finns särskilda bestämmelser om avtal.

Kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska, MAS, har ett övergripande ansvar för säkerhet och kvalitet i den kommunala hälso- och sjukvården.

När det gäller socialtjänstens ansvar finns också i lagstiftningen bestämmelser om ansvar för andra särskilda insatser såsom exempelvis familjehem och hem för vård och boende, HVB.

2. Bestämmelser om samverkan

Under förutsättning att samverkan sker med utgångspunkten att huvudmännens insatser i allt väsentligt sker inom ramen för respektive huvudmans ansvarsområde finns stora möjligheter för samverkan. Det får understrykas att samverkan inte bara är möjlig, utan att det utgör ett lagstadgat ansvar.

Samverkan kan behövas inte endast när landstinget och kommunerna har ett gemensamt ansvar för hälso- och sjukvård som i särskilda boendeformer, utan också vid alla andra insatser där det krävs både socialtjänstens insatser och landstingets hälso- och sjukvårdsinsatser. Teknikutvecklingen medför också att det kan finnas ökade fördelar med samverkan avseende exempelvis hjälpmedel och välfärdsteknik. Det sistnämnda inte minst på grund av att ansvarsgränserna inom detta område ofta kan vara lite mer svårdefinierade.

Vissa bestämmelser om samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen har samlats i ett särskilt kapitel av HSL; 16 kap. 1 – 4 § HSL.⁸¹ Dessa gäller bland annat läkarmedverkan och samverkan beträffande övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar i kommunernas särskilda boenden och i dagverksamhet (16 kap. 1 – 2 § HSL). Att landstinget med kommunerna inom landstinget ska sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan och att kommunen får anlita läkare om landstinget inte uppfyller avtalet framgår av 16 kap. 1 § andra och tredje st. HSL.

Det ställs vidare krav på överenskommelse om samarbete mellan SLL/regionen och resp. kommun för personer med psykisk funktionsnedsättning, barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet och personer med missbruk, genom likalydande bestämmelser i HSL och socialtjänstlagen, SoL (16 kap. 3 § HSL respektive 5 kap. 8 a § och 9 a § SoL).

Samordnad individuell plan, SIP, ska upprättas enligt HSL (16 kap. 4 §) och SoL (2 kap. 7 §) för personer som har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Planen ska upprättas om kommunen eller SLL bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Det finns flera bestämmelser om planer för patienten. För en patient som erbjuds rehabilitering enligt HSL ska en individuell plan upprättas, där planerade och beslutade insatser ska framgå.

För att stärka individens integritet, självbestämmande och delaktighet kompletterar patientlagen (2014:821) regelverket för hälso- och sjukvård. Av lagen framgår bland annat att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (6 kap. 1 §) och en fast vårdkontakt ska utses för patienten om hen begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (6 kap. 2 §).

Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård styr samverkan mellan SLL och kommun samt betalningsansvar när en patient skrivs ut från sjukhuset. Syftet är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för den enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården.

Härtill ska nämnas patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, som syftar till att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och tandvården. PSL innehåller bland annat bestämmelser som riktar sig både till vårdgivarna och till hälso- och sjukvårdspersonal.

För socialtjänstens del finns i 3 kap. 5 § SoL en bestämmelse om samverkan, där det anges att socialtjänstens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan, med organisationer och andra föreningar.

Av 5 kap. 8 § andra stycket SoL följer att kommunen ska planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder. I planeringen ska kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer. På individnivå finns samverkansbestämmelser om samordnad individuell plan både i socialtjänstlagen, 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § HSL.

Motsvarande bestämmelse om samverkan finns i 15 § 7 punkten LSS.

3. Hinder för samverkan

⁸¹ Landstingets och kommunernas samverkansansvar regleras övergripande även i avdelningarna för respektive huvudman (7 kap. 7 § respektive 11 kap. 3 § HSL).

Historiken visar på vissa problem avseende samverkan. Dessa svårigheter kan i huvudsak hänföras till tre grunder, dessa är kompetensregler och upphandling, huvudmännens budgetansvar samt olika sekretessbestämmelser.

På grund av hur lagstiftaren definierat ansvaret för landsting/regioner och kommuner är det inte möjligt att kommunen åtar sig att utföra exempelvis läkartjänster till landstinget/regionen lika lite som landstinget/regionen kan utföra hemtjänst till kommunen. Kompetensreglerna i kommunallagen och den uppgiftsfördelning som lagts fast i HSL, SoL med flera lagar innebär som nämnts tidigare att kommun respektive landstinget/regionen har begränsade möjligheter att erbjuda varandra tjänster.

Det innebär att de huvudsakliga samverkansformerna måste ske med utgångspunkt från respektive huvudmans ansvarsområde. Även om det i lagstiftning mer översiktligt anges vilka de respektive huvudmans ansvarsområden är, så uppstår inte alltför sällan diskussioner om ansvarsfördelning. Ofta kan möjligheten att finna lösningar på dessa diskussioner om ansvarsfördelning försvåras på grund av huvudmännens respektive budgetansvar. Kostnader och budgetansvaret kan leda till att huvudmännen håller ifrån sig sådana insatser, som kan anses ligga i gränsen mellan ansvarsområdena. Detta utgör inte ett absolut hinder för samverkan, men det innebär svårigheter som gör det angeläget med samverkansmetoder och verktyg för samverkan.

Därutöver framförs ofta sekretessen som ett hinder för samverkan. Huvudregeln är att det råder sekretess mellan kommun och landsting samt mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Även om det finns sekretessbrytande regler för vissa situationer, så är det helt klart att sekretessgränserna försvårar samverkan om den enskilde inte ger sitt samtycke till den informationsöverföring som kan vara nödvändig. Detta problem kan vara mer påtagligt för sådana grupper, där det kan finnas fler personer med ambivalent inställning till vård och stödinsatser.

4. Tänkbara lösningar

Svårigheter att komma överens om ansvar i olika situationer innebär att det alltid kommer vara viktigt att i överenskommelser mellan parterna definiera respektive huvudmans ansvarsområde, som grund för samverkan. Med denna utgångspunkt syftar en överenskommelse om samverkan mellan kommun och landsting till att förbättra samverkan mellan huvudmännen, på grundval av de båda huvudmännens respektive ansvar. För att uppfylla detta syfte kan överenskommelsen utgöra verktyg för

- former för samarbetsorganisation,
- rutiner för hur samarbetsproblem ska lösas när det finns olika meningar om ansvar,
- beskrivningar av olika praktiska utformningar.

När det gäller innehåll i överenskommelsen kan det behöva finnas både den ovan angivna ramen och mer preciserade principer för ansvarsfördelning inom vissa områden, så som exempelvis för personer, som behöver både hemtjänstinsatser och omfattande hälso- och sjukvård, eller för personer inom socialtjänstens socialpsykiatri. När det gäller personer inom socialtjänstens socialpsykiatri kan dessa personer behöva vistelse på ett HVB-hem, som en rehabiliterande åtgärd och därvid kanske vara i behov av såväl socialtjänstens insatser som hälso- och sjukvårdsinsatser från exempelvis landstingets psykiatri. HVB-hem är en insats som erhålls efter biståndsbeslut enligt SoL. Det innebär att socialtjänsten har kostnadsansvar för insatsen. Men i denna insats ingår inte hälso- och sjukvårdsinsatser, utan det är landstinget som ansvarar för de psykiatriska insatserna i form av exempelvis psykolog. Här kan huvudmännen i praktiken ha avsevärda svårigheter att enas om fördelning av ansvar och kostnader.

Socialtjänst respektive hälso- och sjukvård är ofta kommunicerande kärn, på så sätt att det fordras tillgång till båda för att den enskilde ska få god vård och omsorg och kunna förbättras. Uteblir insatser från en huvudman kan det innebära inte bara försämrad kvalitet för den enskilde, utan också att den andre huvudmannen får ökade och mer långdragna kostnader.

Härvid kan den nu planerade överenskommelsen vara till hjälp, en tänkbar delösning, som har prövats i olika sammanhang, är att huvudmännen genom överenskommelser kommer överens om det gemensamma tillhandahållandet av insatser och att det i överenskommelse klargörs hur kostnaderna ska fördelas. Detta kan var vid samverkan i en mottagning där socialtjänst och hälso- och sjukvård samverkar eller i överenskommelse om hjälp i hemmet rörande exempelvis schablonfördelning av kostnader för insatser i den enskildes hem.

När det gäller möjliga lösningar får också konstateras att en ny regel har införts om avtalssamverkan i 9 kap. 37 § kommunallagen enligt följande:

”En kommun eller ett landsting får ingå avtal om att någon av dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller ett annat landsting (avtalssamverkan). Sådan avtalssamverkan hindras inte av kravet i 2 kap. 1 § på anknytning till kommunens eller landstingets område eller dess medlemmar.”

Av bestämmelsen framgår att en kommun eller ett landsting får ingå avtal om att någon av dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller ett annat landsting (avtalssamverkan). Det krävs dock att det finns någon form av rättsligt stöd för att det ska var kompetensligt för en kommun eller landsting att utföra uppgifter för någon annan. Den nya bestämmelsen innebär därmed begränsade möjligheter att genom avtal bestämma att kommun och landsting ska utföra varandras uppgifter. Därtill kommer att det trots vissa lagändringar i lagen om offentlig upphandling, LOU, fortfarande finns vissa upphandlingsrättsliga begränsningar rörande möjlighet att köpa och sälja tjänster även om det sker inom ramen för den nu aktuella samverkan.

Tyvärr finns det därför frågetecken rörande om det med stöd av de nya bestämmelserna i kommunallagen och LOU i praktiken kommer öppnas ökade möjligheter för samverkan. Detta är något som behöver utredas vidare. Det kan därvid vara intressant att även titta på möjlighet att använda konstruktionen för den så kallade andningsöverenskommelsen för fler områden. Därvid behöver analyseras om innebörden av andningsöverenskommelsen kan ses som i huvudsak en schablonfördelning av kostnader och en samordning av arbetsgivaransvar, och inte som tjänsteköp.

5. Benämningen ”hälso- och sjukvårdsavtal...”

Från juridiska premisser avråds från att benämna en tänkt överenskommelse som ett *avtal* om ansvarsfördelning eller motsvarande (jmf VGR:s och Region Skånes som avtal rubricerade dokument på området). Benämningen överenskommelse är att föredra, eftersom begreppet avtal kan leda till felaktiga antaganden om att dokumentet är avsett att grunda rättsliga förpliktelser eller omfattar tillhandahållandet av sjukvård / omsorgstjänster på uppdrag mellan kommun/landsting.

Parentetiskt kan nämnas att den enda situation där HSL ställer krav på avtalsform mellan landsting/region och kommunerna rör omfattning och former för läkarmedverkan i kommunernas särskilda boenden och i dagverksamhet (16 kap. 1 § andra - tredje stycket HSL).

6. Något om organisationer och konfliktlösning

Överenskommelsen kan vara en viktig hjälp för huvudmännen att genom samverkan lösa olika problem. För detta kan det behövas regionala samråd samt samråd rörande vissa verksamheter, som i första hand försöker lösa problem. Dessa samrådsgrupper behöver ha representanter med god anknytning till verksamheten, som samtidigt har mandat att fatta beslut rörande viss kostnadsnivå. I samrådsgrupperna ska båda individärenden, som kan ha en principiell eller strukturell betydelse, och samverkansproblem av mer generell karaktär kunna lösas. (Individärenden ska vara avidentifierade.)

Kommer den lokala samverkansgruppen inte överens, ska frågan kunna hänskjutas till ett centralt samverkansråd. Det kan vara lämpligt att det centrala samverkansrådet får utge tillämpningsanvisningar beträffande kostnadsfördelning inom de rättsliga ramarna samt att det kan ange praktiska samverkansrutiner.

7. Måste alla kommuner i länet vara med i överenskommelsen?

Det finns inget författningskrav om att samtliga länets kommuner måste ingå i en sådan överenskommelse som förstudien avser, som villkor för att den ska bli giltig. Praktiska skäl (till exempel avtalsstyrningssvårigheter beträffande privata utförare) kan dock tala för att en sådan överenskommelse för sin giltighet ändå bör göras beroende av att samtliga länets kommuner är parter, och att beslut fattas i behörigt politiskt organ hos resp. kommun som vinner laga kraft.

I sammanhanget bör beaktas att landstinget/regionen respektive Norrtälje kommun sannolikt inte råder över att teckna en överenskommelse i de delar av länet som Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje (KSON) ansvarar för. Detta behöver utredas vidare i det fortsatta arbetet.

Eva Ahlholm, stadsadvokat, juridiska avdelningen Stockholm stad

Robert Larsson, regionjurist, Region Stockholm