



Datum: 2017-04-06

## Överenskommelse för 2017 avseende uppföljning av Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne

## Bakgrund

För att kunna göra en relevant uppföljning av det nya Hälso- och sjukvårdsavtalet (HS-avtalet) mellan Region Skåne och Skånes kommuner går det inte att frikoppla avtalets ekonomiska konsekvenser för berörda avtalsparter från andra väsentliga perspektiv som avtalet berör såsom patient-, anhörig- och verksamhetsperspektiv. Det nya HS-avtalet består av tre delar; en grundöverenstämmelse (Del A), en utvecklingsplan (Del B) samt en del som omfattar fastställd samverkansstruktur (Del C) för åren 2016-2020. Del A baseras huvudsakligen på tidigare gjorda regionala överenskommelser och lagstadgad ansvarsfördelning och innehåller inte så stora förändringar jämfört med tidigare avtal. Del B omfattar ett gemensamt utvecklingsåtagande inom fyra särskilt prioriterade utvecklingsområden. Dessa fyra områden skall enligt avtalet successivt realiseras mellan 2016-2020. I föreliggande projektbeskrivning från KEFU fokuseras det successiva lärandet och effekterna av genomförandet av del B i avtalet givet den fastställda samverkanstrukturen (Del C). Då uppföljningen berör många olika perspektiv och frågor kräver uppföljningen en nära samverkan med avtalets parter och en bred metodansats med många olika datainsamlingsmetoder, vilket närmare presenteras i följande avsnitt.

## Samlad uppföljning i tre delar

KEFU föreslår en samlad uppföljning bestående av tre olika delar; *Uppföljning av den teambaserade vårdformens etablering och funktion* (Del 1), *HS-avtalets kostnadsutveckling* (Del 2) samt *Effekter av den teambaserade vårdformens etablering och funktion* (Del 3). Det skall poängteras att uppföljningen fokuserar Uppföljningsuppdragets *Ekonomi samt Processperspektiv*. KEFUs uppföljning är emellertid beroende av data från Patient- och utvecklingsperspektivet för att kunna genomföra del 3 i föreliggande projektbeskrivning. Utgångspunkten i detta sammanhang är att data för genomförande av del 3 finns tillgängligt och att en dialog med berörda parter som ansvarar för anhörig- och patientdata etableras för att stämma av behov av data för genomförande av del 3, genom det pågående projekt som genomförs 2017 avseende anhörigperspektivet. Genomförandet av uppföljningens alla delar (1-3) baseras vidare på att data diskuteras och tas fram i samverkan med överenskommelsens parter. Enligt HS-avtalet har parterna ett ansvar att säkerställa att relevant och kvalitetssäkrad data finns tillgänglig. Detta måste dock ske i dialog med parterna för att bestämma på vilken nivå och med vilken omfattning data skall insamlas.

Den teambaserade vårdformen är central i föreliggande projektbeskrivning. Motiven till detta är flera. Vårdformen berör alla utvecklingsområden i HS-avtalet (de mest sjuka, de tidvis sviktande, personer i riskgrupper samt rehabilitering och hjälpmedel). Den teambaserade vårdformens etablering och funktion går att successivt koppla till både kostnadsutveckling och effekter av HS-avtalet. Det blir angeläget att genomföra relevanta årsvisa återkopplingar med en allt mer kvalificerad analysdel ju längre överenskommelsen löper för att möjliggöra nödvändiga justeringar i



implementeringen av avtalet där sådana bedöms behövas. Den kvalificerade analysdelen bildar i sin tur underlag till en skriftlig slutrapport 2020 då HS-avtalet förväntas vara fullt etablerat. Förutom slutrapporten ska uppföljningsarbetet återkopplas vid två tillfällen per år till styrgruppen för uppföljningsuppdraget.

Förutom att möta kraven på Uppföljningsuppdragets *Ekonomi- och processperspektiv* medför detta upplägg också att uppföljningen blir intressant utifrån ett forskningsperspektiv. Frågan om i vilken mån, och hur, nya sätt att organisera och styra en verksamhet påverkar verksamhetens ekonomi samt de effekter som berörda medarbetare, patienter och anhöriga upplever av förändringen, är utifrån HS-avtalets parter mycket relevant att få fördjupade kunskaper om. HS-avtalets ambition att parternas samlade ansträngningar skall resultera i att patienterna upplever att den hälso- och sjukvård som de får kommer från en gemensam organisation, är också intressant att utveckla kunskap inom.

### **Del 1: Uppföljning av teambaserad vårdforms etablering och funktion**

Del 1 baseras på två kompletterande angreppssätt. Det första angreppssättet baseras på att den teambaserade vårdformen årligen följs. Den teambaserade vårdformen följs kvalitativt, huvudsakligen utifrån intervjuer, dokumentstudier samt observationer. Även kvantitativ data används då enkäter till relevanta medarbetare inom teamet kommer att användas (dessa kommer att utvecklas och anpassas utifrån de kvalitativa data som sammanställs och tidigare liknande medarbetarenkäter).

I samband med vårdformen följs, sker också intervjuer med de delregionala samverkansorganen (DS) och lokala samverkansgrupperna för att värdera genomförandet av den uppdragsbeskrivning som finns för dessa i enlighet med HS-avtalet (Del C). Här sker också insamling av data om utvecklingen av E-hälsa, IT och kompetensutveckling. Vidare genomförs mätningar av antalet samordnade individuella planer (SIP) samt en värdering av SIP:arnas följsamhet och kvalitet. Detta SIP-utfall kommer i möjligaste mån kopplas till uppföljningens alla tre delar. Det är också via data från de delregionala samverkansorganen och lokala samverkansgrupper som proaktiva insatser för att identifiera och stödja riskgrupper huvudsakligen kommer att fångas.

För att följa upp vårdformens införande utgår uppföljningen från ett geografiskt område inom en kommun per DS och knyter på så sätt an till vald samverkansstruktur (Del C). Dessa fallstudieobjekt väljs utifrån att fånga det successiva lärandet vid vårdformens införande. Fallstudieobjekten kan variera under året då olika lokala förutsättningar avseende vårdformens införande kan vara intressanta att fånga utifrån ett lärande perspektiv. Första året väljs de sex geografiska områdena utifrån i vilken grad områdena har genomfört SIP (inskrivna i vårdformen) och därmed kan förväntas arbeta med vårdformen. Valet baseras på en



bedömning att vårdformens genomförande kan stärkas av en belysning av goda exempel.

Kommande års val av geografiska områden sker i samråd med avtalets parter. Utgångspunkten är att beskriva och analysera både patient, VC, och kommunens synpunkter på vårdformens införande och funktionalitet (såsom en väg in) genom olika datafångster. Detta sker genom datainsamling på VC, kommun och berörd vård/omsorgsenhet/er. I de fall där det bedöms relevant tas också synpunkter in från slutenvården. All patientdata är registerdata varför ingen etisk prövning behöver göras.

Ett andra angreppssätt används för att bredda den data och de tolkningar som det första angreppssättet möjliggör. Det andra angreppssättet baseras på att riktade enkäter skickas ut årligen till berörda aktörer för VC/hälsovalsenheter, kommuner och vård/omsorgsenheter för att följa vårdformens införande. Enkäternas frågor baseras på data och erfarenheter hämtad från första angreppssättet och möjliggör en tolkning utifrån både ett samlat Skåneperspektiv och jämförelser mellan de olika delregionala samverkansorganen. Förhoppningen är att denna samlade Skånebild kan skapa möjligheter för lärande genom jämförelser och olika former av platsbesök.

## **Del 2: HS-avtalets kostnadsutveckling**

För att denna del av uppföljningen skall vara möjlig att genomföra krävs nära samverkan med HS-avtalets parter. Kostnadsutvecklingen är dels beroende av de strukturer och processer som fortsätter att löpa på enligt avtalets grundöverensstämmelse samt de strukturer och processer som initieras i utvecklingsplanen för 2016-2020. Detta väcker ett antal strategiska frågor. Givet Skånes befolkningsutveckling, med allt fler äldre, är det rimligt att anta att hälso- och sjukvårdskostnaderna för denna patientgrupp kommer att öka för båda parter, oberoende av HS-avtalets konstruktion. Ambitionen med HS-avtalet är att optimera den gemensamma resursanvändningen genom mer samordnade arbetssätt. För att kunna värdera i vilken mån detta har lyckats behöver en jämförelse göras mellan en förväntad (prognostiserad) kostnadsutveckling (utan utvecklingsplan) och en faktisk kostnadsutveckling baserat på det successiva genomförandet av utvecklingsplanen under 2016-2020. Förslagsvis är basåret (om inget görs) för denna ansats ekonomisk- och verksamhetsdata från årsboksluten för 2016.

En annan strategisk fråga är på vilken nivå det går att fånga kostnadsutvecklingen för berörda patienter/patientgrupper. Givet avtalets värdegrund är det önskvärt att i möjligaste mån kunna beskriva kostnadsutvecklingen på patientnivå. Det optimala vore om kommunerna genom årliga enkäter kunde förmås lämna data rörande utvecklingen av kostnaderna för berörda patientgrupper. Utgångspunkten är att registerdata och Kolada kan användas för analys av kostnadsutvecklingen. Behov av ytterligare kostnadsdata tas fram i dialog med ekonomigruppen. Ett annat sätt att



fånga kostnadsutvecklingen är att göra djupstudier i de kommuner där det är möjligt att plocka fram de data som behövs och därefter extrapolera kostnaderna för de kommuner där det inte går att plocka fram data på individnivå. Ett problem med denna metod är att den inte tar hänsyn till eventuella effektivitetsskillnader mellan kommunerna.

Målgrupperna för uppföljning av kostnadsutvecklingen är enligt HS-avtalet: Mest sjuka med ett omfattande och långvarigt vårdbehov, Tidvis sviktande med behov av tät samverkan och planerade insatser, Riskgrupper med behov av proaktiva insatser samt Personer som har ett behov av en väl fungerande och samordnad rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning.

När det gäller kostnadsutvecklingen för Region Skåne och Skånes kommuner måste uppföljningen av denna ske i nära samverkan med berörda parter. Troligt är också att det kommer att krävas ett utvecklingsarbete för att fånga kostnaderna för målgrupperna. Uppföljningen av kostnader för de fyra olika utvecklingsområdena sker allt eftersom de införs. Sannolikt kräver uppföljningen av kostnadsutvecklingen att olika mätmetoder behöver tillämpas för kommuner och Region Skåne för att beskriva och analysera densamma.

Avsikten är att beskriva kostnadsutvecklingen för målgrupperna totalt och i den mån det är möjligt analysera tillkommande och bortfallande kostnader i samband med vårdformens successiva införande via uppföljningens olika fallstudieobjekt och enkätdata. Analysen görs genom att kostnadsutvecklingen per patient eller patientgrupper för målgrupperna ställs mot ett antal oberoende variabler såsom utvecklingen av antalet äldre, utvecklingen av teamvården och annan registerdata.

### **Del 3: Effekter av den teambaserade vårdformens etablering och funktion**

För genomförandet av denna del av uppföljningen är KEFU främst beroende av data från kommuner och Region Skåne. Huvudsakligen avses här enkätdata från Uppföljningsuppdragets *patient- och utvecklingsperspektiv* (standardiserade enkäter till patienter och anhöriga). För uppföljningens genomförande av del 3 är det viktigt att val av data för patient- och anhörigperspektivet sker i dialog mellan berörda parter. Dessa enkäter bör bland annat kopplas till de målbilder som återfinns i avtalets värdegrund (patientcentrerade lösningar, respekt etc) men också fånga dimensioner såsom upplevelse av en gemensam organisation etc (d.v.s. både avtalets Del B och Del C). För att kunna värdera effekterna av utvecklingsplanens successiva införande bör enkäter till patienter och anhöriga helst genomföras på årlig basis, åtminstone från och med 2018-2020.

Del 3 är också beroende av data avseende medarbetarnas upplevelser (enkätdata), kostnadsutvecklingen samt registerdata, t.ex. antal slutenvårdsdygn, återinskrivningar, direktinläggningar som är relevanta för de som är inskrivna i vårdformen. Dessa data fångas successivt i uppföljningens del 1 och 2. Relevant och



kvalitetssäkrad kostnad- och registerdata för denna uppföljning tas fram i nära samråd med HS-avtalets parter.

Då effekterna av den teambaserade vårdformen successivt etableras är det rimligt att anta att effekter uppstår med viss fördröjning och kanske först blir påtagliga efter gällande HS-avtals fulla implementering år 2020. Den första årliga återkopplingen av effekter förväntas ske 2018.

### **Årvis återkoppling och tidplan**

Avsikten med KEFUs uppföljning är att fokusera på det successiva lärandet och effekterna av genomförandet av HS-avtalets utvecklingsdel. Detta innebär att återkopplingens initiala del huvudsakligen består av datainsamling och deskriptiva data om utvecklingen för att efter hand innehålla allt fler analyser.

Givet de samtal om olika uppföljningsdimensioner (gäller huvudsakligen del 2 och 3) som löpande kommer att ske med HS-avtalets parter, och andra aktörer som kommer att arbeta med data nödvändig för uppföljningens del 3, kan vissa avsteg och justeringar av tidplanen och dess aktiviteter vara nödvändiga att göra. I nuläget är det följande aktiviteter och återkopplingar som planeras:

#### **2017**

- Val av geografiska områden inom en kommun som skall vara årets fallstudieobjekt i de olika delregionala samverkansorganen samt genomförande av första kvalitativa datainsamlingen på teamnivå samt organisatorisk ledning och stöd
- Mätning och värdering av SIP
- Framtagande och genomförande av en enkät till relevanta medarbetare som berörs av vårdformen i VC, kommuner och vård/omsorgsenheter
- I samverkan med "ekonomigruppen" fastställa "baseline" avseende kostnader för Skånes kommuner efter HS-avtalets målgrupper
- I samverkan med "ekonomigruppen" ta fram direkta och indirekta "baseline" dimensioner (kostnader och registerdata) för Region Skåne som i möjligaste mån har direkt eller indirekta samband till HS-avtalets målgrupper
- Återkoppling och analys under fjärde kvartalet

#### **2018**

- Val av geografiska områden inom en kommun som skall vara årets fallstudieobjekt i de olika delregionala samverkansorganen samt genomförande av första kvalitativa datainsamlingen på teamnivå samt organisatorisk ledning och stöd
- Mätning och värdering av SIP
- Genomförande av en andra enkät till relevanta medarbetare

- Genomföra en första mätning och värdering av kostnadsutfallet
- Ta del av och analysera utfallet av de första enkäterna riktade till patienter och anhöriga
- Genomföra en första tentativ effektvärdering av avtalet
- Återkoppling och analys under fjärde kvartalet

## 2019

- Val av geografiska områden inom en kommun som skall vara årets fallstudieobjekt i de olika delregionala samverkansorganen samt genomförande av första kvalitativa datainsamlingen på teamnivå samt organisatorisk ledning och stöd
- Mätning och värdering av SIP
- Genomförande av en tredje enkät till relevanta medarbetare.
- Genomföra en andra mätning och värdering av kostnadsutfallet
- Ta del av och analysera utfallet av den andra enkäten riktade till patienter och anhöriga
- Genomföra en andra effektvärdering av avtalet
- Återkoppling och analys under fjärde kvartalet

## 2020

- Val av geografiska områden inom en kommun som skall vara årets fallstudieobjekt i de olika delregionala samverkansorganen samt genomförande av första kvalitativa datainsamlingen på teamnivå samt organisatorisk ledning och stöd
- Mätning och värdering av SIP
- Genomförande av en fjärde enkät till relevanta medarbetare
- Genomföra en tredje mätning och värdering av kostnadsutfallet
- Ta del av och analysera utfallet av den tredje enkäten riktade till patienter och anhöriga
- Genomföra en tredje effektvärdering av avtalet.
- Återkoppling under fjärde kvartalet i form av en samlad slutrapport

Löpande kommer KEFUs seminarier och skriftserie innehållsmässigt fyllas med olika infallsvinklar utifrån det material som successivt samlas in och analyseras.

## **Budget**

KEFUs årliga kostnader för genomförande av uppdraget är 500 000 kr som faktureras efter att årlig återföring genomförts i form av PP-presentation till styrgruppen för uppföljningsuppdraget (2017-2019) och en skriftlig rapport 2020. Behov av andra återkopplingar beslutas i dialog.



Inför varje årlig uppföljning skrivs en ny överenskommelse baserad på föreliggande projektbeskrivning och eventuella önskemål om förändringar i KEFUs uppföljningsåtagande och under förutsättning att finansiering säkerställs.

Lund 2017-...04-19

För Tjänstemannaberedningen till  
Centralt Samverkansorgan

För KEFU



Carina Lindkvist

Avdelningschef

Hälsa och social välfärd  
Kommunförbundet Skåne



Ingrid Bergman

Områdeschef

Avd för hälso- och  
sjukvårdsstyrning  
Region Skåne



Ulf Ramberg

Forskningsledare

KEFU