

# GRANSKNING AV AVTALET OM ANSVARSFÖRDELNING OCH UTVECKLING AVSEENDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I SKÅNE - SLUTLIG JÄMFÖRANDE RAPPORT

---

Avrapportering

Malmö 22 oktober 2018

# Uppdraget

Region Skånes och kommunernas roll i implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet som träffades mellan Region Skåne och de skånska kommunerna 2016.

Faktainsamling skedde april – maj 2018

Medverkande kommuner:

- Burlövs kommun
- Höörs kommun
- Klippans kommun
- Lunds kommun
- Skurups kommun
- Svedala kommun
- Tomelilla kommun
- Trelleborgs kommun
- Vellinge kommun
- Ystads kommun\*
- Åstorps kommun
- Örkelljunga kommun

\*Ystads kommun har genomfört granskningen i egen regi

# HS-avtalet ska bidra till ökad trygghet

- Syftet med hälso- och sjukvårdsavtalet är att säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen och därigenom bidra till ökad trygghet.
- Avtalet innehåller
  - grundöverenskommelse
  - gemensamt utvecklingsåtagande
- Syftet med utvecklingsdelen är att
  - höja kvaliteten för den enskilde samtidigt som resursanvändningen ska förbättras.
  - stödja en utveckling där en ökande del av sjukvårdsinsatserna kan utföras i hemmiljö.

# Mobilt vårdteam

- För de patienter som skrivs in i mobilt team gör parterna ett åtagande:
  - Fast läkarkontakt som arbetar i team med sjuksköterska från kommunen
  - SIP som tas fram i samverkan med patient, kommun, eventuellt anhöriga och andra samverkande aktörer
  - Hembesök vid behov. Vid fullt utbyggd modell (år 2020) inom 2 timmar.
  - Direktinläggning på sjukhus vid behov

# Samverkan vid utskrivning från slutenvård

- Från årsskiftet 2017/2018 gäller en *ny lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård*. Denna lag ersätter den tidigare betalningsansvarslagen.
- En överenskommelse har träffats mellan Region Skåne och kommunerna av tillämpning av den nya lagen för somatisk hälso- och sjukvård.
  - Kommunens betalningsansvar inträffar när det genomsnittliga antalet dagar i slutenvård efter utskrivningsklar överskrider 2,80 kalenderdagar per kommun under en kalendermånad
- Arbetet med en överenskommelse rörande psykiatri pågår.

# Vad har skett? Gemensamma insatser

- Samverkansorganisation på central, delregional och lokal nivå
- Gemensamma kompetensutvecklingsinsatser och infomaterial om IT-frågor, SIP mm
- Vissa gemensamma utredningar, t ex inom IT-området
- Gemensam övergripande uppföljning av avtalet genom KEFU, Lunds universitet

# Åtgärder i kommunerna

- Samtliga granskade kommuner har anpassat sin organisation i enlighet med avtalets intentioner.
- Kommunerna har generellt sört för att ha *beredskap att genomföra oplanerade hembesök* av kommunalt anställda sjuksköterskor..
- Gemensamt för kommunerna är också deras bedömning att den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården har *mer omfattande konsekvenser* än hälso- och sjukvårdsavtalet.
  - ”Stökade till det men bidrog till att processen tog ytterligare fart.”

# Åtgärder från Region Skånes sida

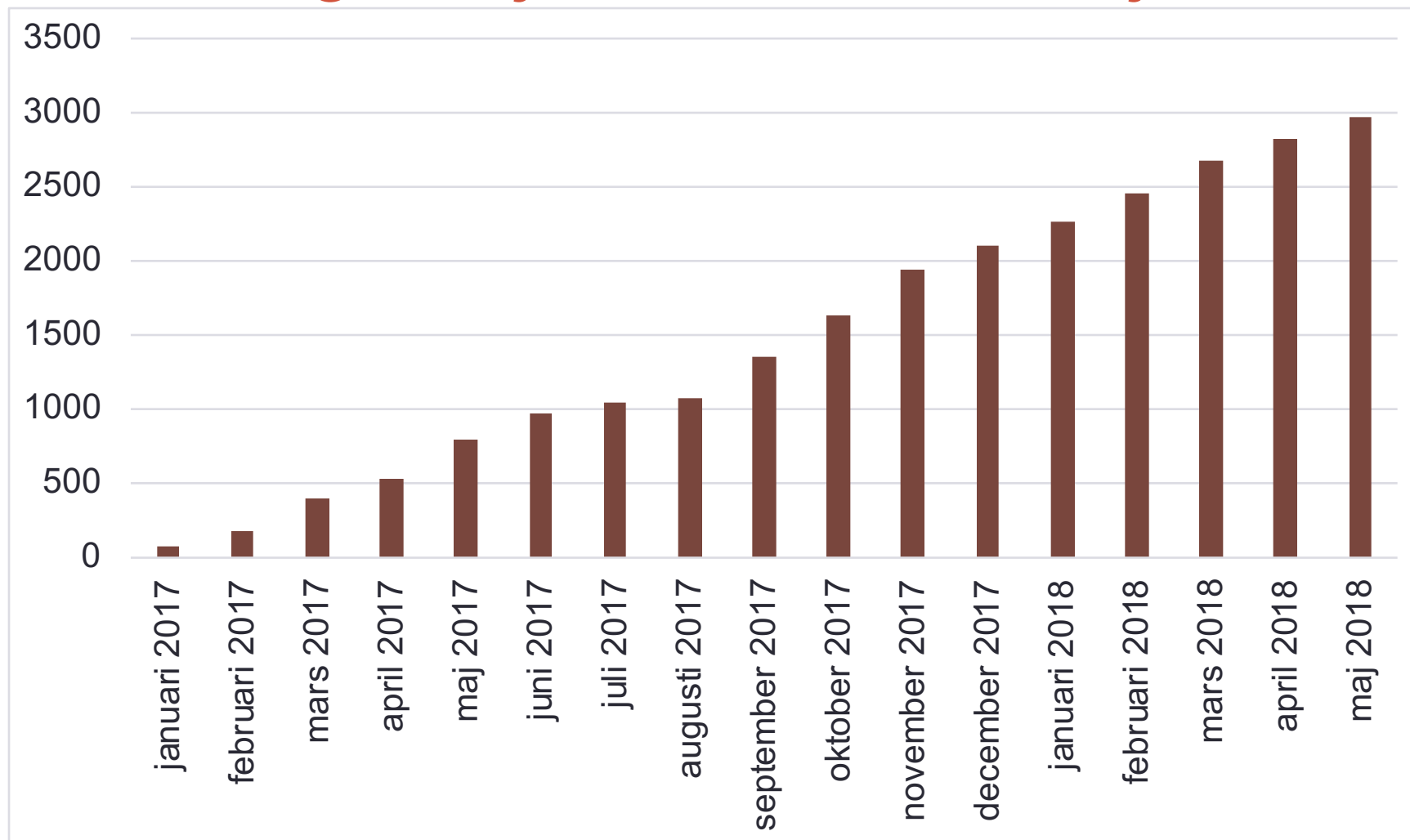
- En modell för *mobilt vårdteam* har tagits i bruk genom krav på vårdcentralerna i ackrediteringsvillkoren och utökad budget
  - Uppföljning sker månadsvis
- Det nya uppdraget till vårdcentralerna har kompletterats genom utökat uppdrag till *läkarbilarna*
- Sjukhusen är skyldiga att bereda möjligheter för *direktinläggningar* av de patienter som är inskrivna i mobilt vårdteam
- Ändrade krav på vårdcentralerna vad gäller samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård



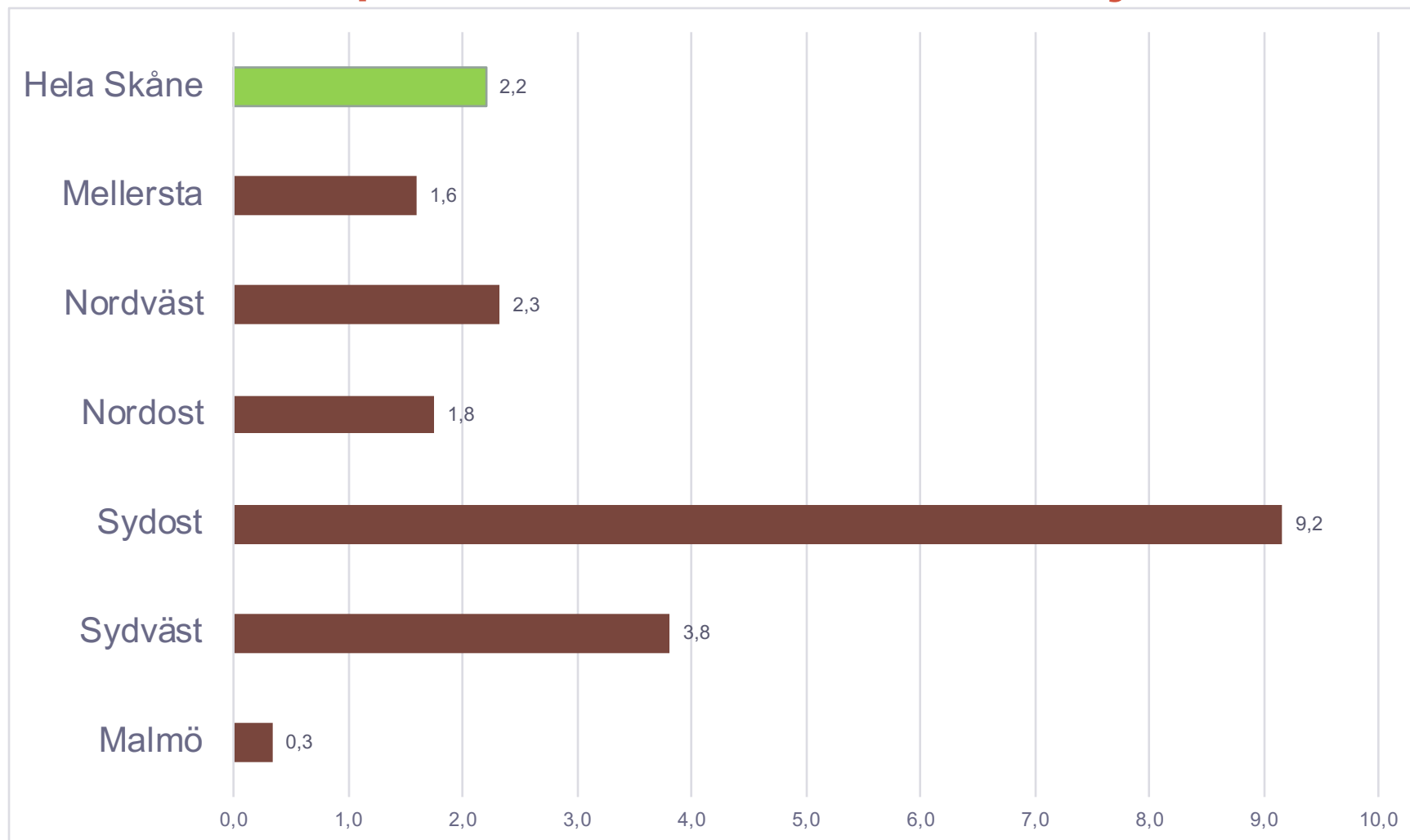
# Vad är effekterna så här långt?

- Grundöverenskommelsen
  - Innehåller inga stora förändringar jämfört med tidigare
  - Inga särskilda synpunkter har heller framkommit
- Utvecklingsdelen, samma som KEFU
  - De som har erfarenhet av att arbeta i vårdformen tycker att mobilt vårdteam leder till *konkreta förbättringar* för patienten
  - Stor variation i vilken utsträckning som vårdformen är etablerad i såväl kommuner som primärvård
  - Etablerad i någon utsträckning vid hälften av Region Skånes vårdcentraler och i hälften av Skånes kommuner
  - En geografisk koncentration finns i sydöstra hörnet av Skåne (kommunerna Ystad, Tomelilla och Simrishamn) vad gäller antal inskrivna

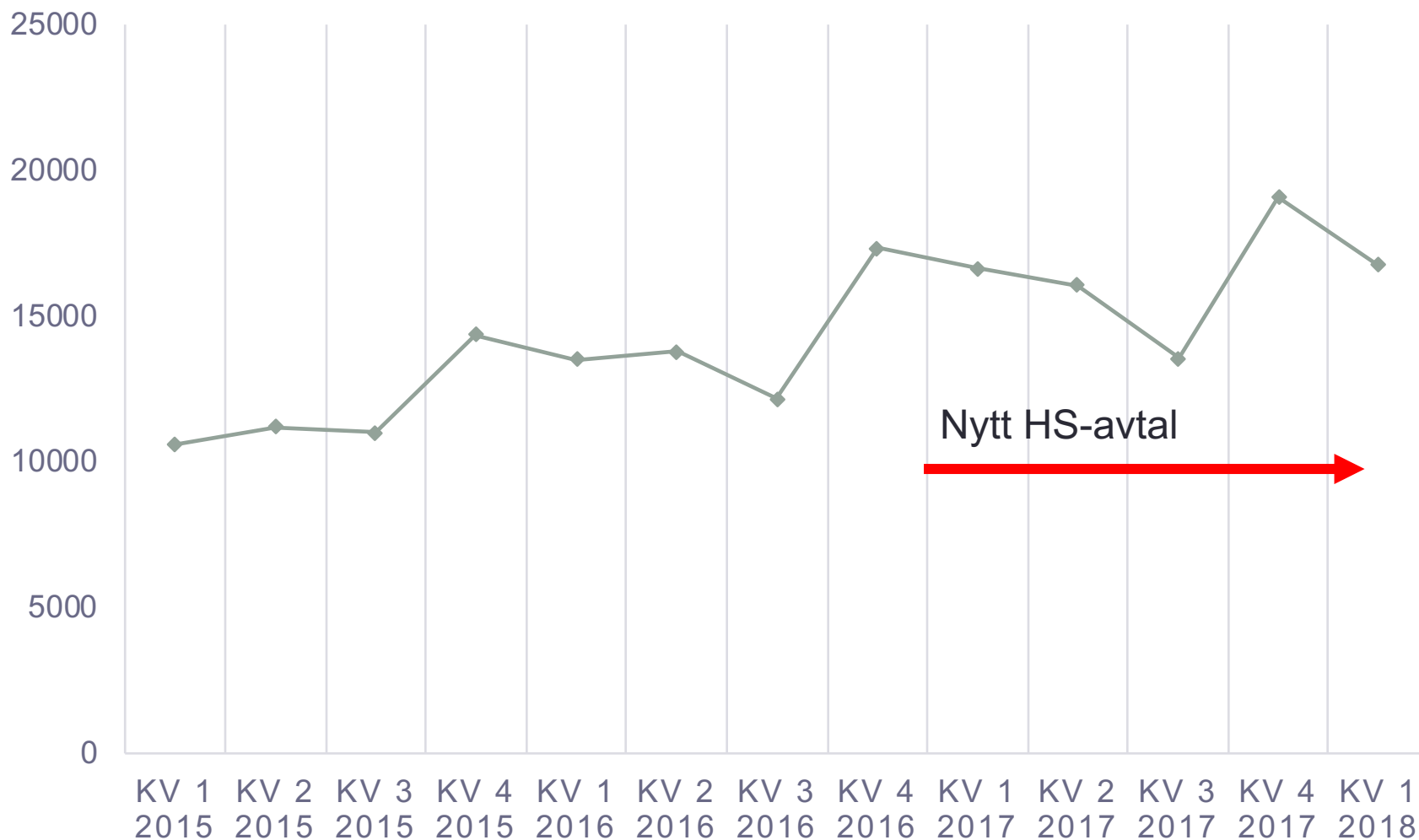
# Diagram 1. Inskrivna i mobilt vårdteam, utveckling från januari 2017 till maj 2018



## Diagram 2. Inskrivna personer i mobilt vårdteam per 1 000 invånare, maj 2018

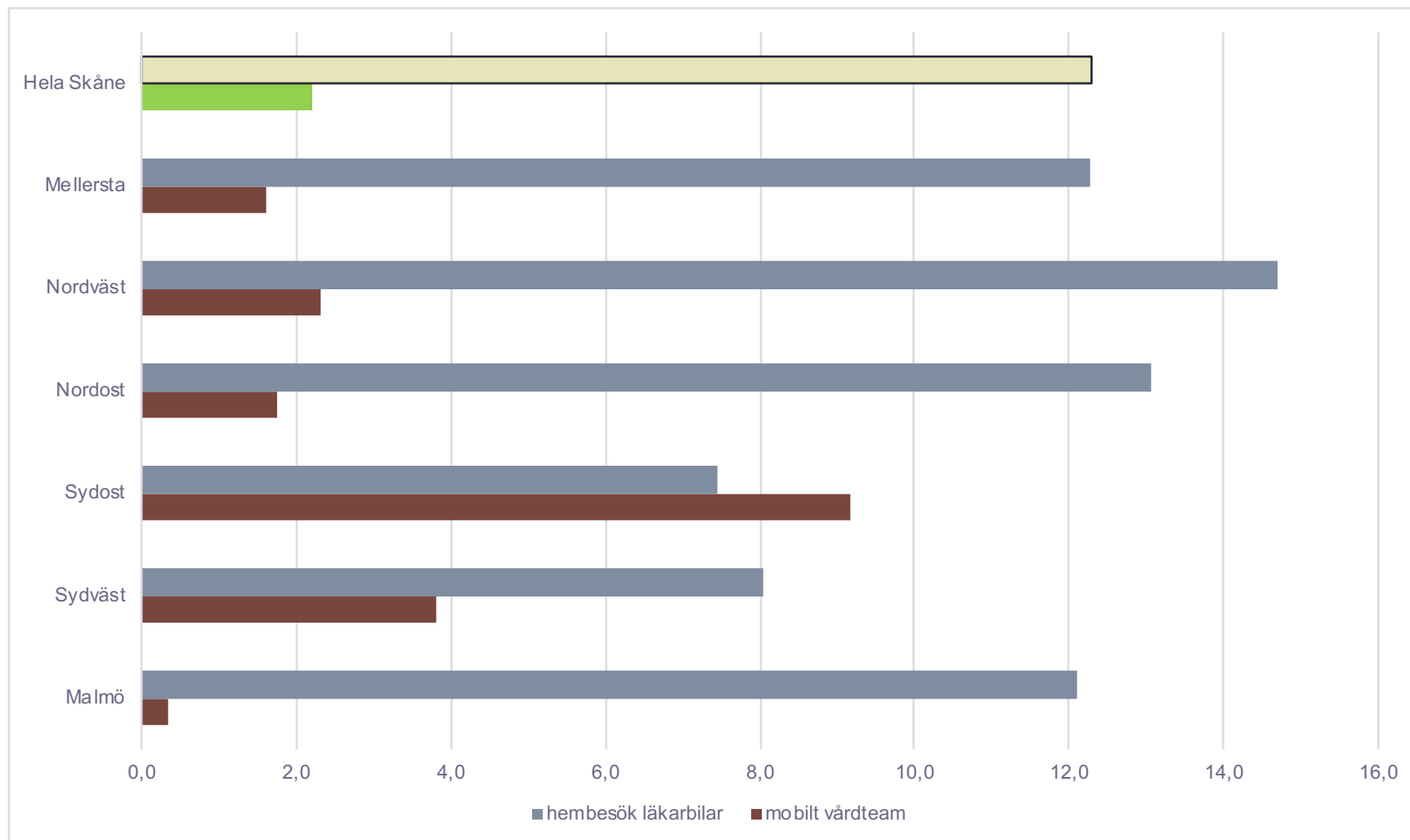


## Diagram 3. Vårdcentralernas registrerade läkarbesök\* i hemmet under perioden 2015 till mars 2018



\*) Besök av gynekolog, läkare, MVC-läkare, ST-läkare och team inklusive läkare

## Diagram 4. Inskrivna i mobilt vårdteam, maj 2018 och hembesök med läkarbil\* 2017, per 1 000 invånare



\*) Inkluderar hembesök i anledning av dödsfall, vilka står för knappt en fjärdedel av de hembesök som skedde med läkarbil.

# I huvudsak ändamålsenligt i kommunerna

- Det arbete som kommunerna bedriver är i all huvudsak ändamålsenligt.
  - I kommunerna har det tydliggjorts var ansvaret för fullföljande av hälso- och sjukvårdsavtalet återfinns både inom den politiska och i tjänstemannaorganisationen.
  - Ansvariga personer är väl insatta i avtalet och alla kommuner medverkar aktivt i den samverkansstruktur som upprättas i anslutning till implementeringen av avtalet.
  - Samverkan med Region Skåne från kommunernas sida sker både på lokal och delregional nivå.

# Också Region Skåne arbetar i huvudsak ändamålsenligt

- Bland annat *god insyn och kontroll* över förverkligandet av hälso- och sjukvårdsavtalet genom den samverkansorganisation som tillskapats tillsammans med kommunerna
- Däremot bedömer vi det som *osäkert* att primärvården har förutsättningar att fylla den funktion som hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvården förutsätter

# Samlade slutsatser

- Tillkomsten av hälso- och sjukvårdsavtalet har enligt intervjupersonerna underlättat och förbättrat samverkan kring målgruppen
  - inte minst vid jämförelse med resultaten från den granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter som genomfördes 2016
- Organisation, ansvarsområden, ansvarsfördelning och roller både i regionen och kommunerna har förtydligats och uppges ha lett till förbättring av det gemensamma uppdraget kring målgruppen
- Samtidigt finns förbättringsområden...



# Resursslukande koordination

- Vårdcentralerna säger sig få vika 0,5 – 1 heltidstjänst för att administrera koordinationen av utskrivning och vårdplanering av patienter. Många kommunerna säger sig ha samma eller större ansträngning
- Alltså talar vi om minst ett 100 tal kvalificerade medarbetare i vården som får ägna sig åt denna syssla
- Det är inte ändamålsenligt. Det behövs bättre rutiner (inte minst från sjukhusens sida) och ett effektivare systemstöd

# Brist på data

- Det saknas data från kommunerna och det finns ett behov att utveckla uppföljningen av kommunernas insatser inom ramen för hälso- och sjukvårdsavtalet.
  - Bristen på data återverkar även på möjligheterna att gemensamt på regional nivå utvärdera effekterna för patienter och samhällsekonomiskt.
- Många kommuner ger även uttryck för att de räknar med kostnadshöjningar i anledning av HS-avtalet och utskrivning från slutenvården. Få kommuner har planerat för åtgärder för att undersöka den faktiska kostnadsutvecklingen

# De stora sakerna...

- Kommunerna
  - Gör det mest rätt enligt boken, men vi skulle vilja efterlysa ett mer *proaktivt* förhållningssätt, kanske genom en implementeringsplanering som bygger på de individuella patienterna och deras behov
- Region Skåne
  - Väckigt få av dem vi träffat tror att vårdcentralerna kommer att klara av en inställetid på två timmar till 2020
    - I dag fyra timmar, men vi ser ett ökat nyttjande av läkarbilar (kontinuitet och trygghet?). Vi ser också att sjukhusen aktiverar sig kring vården av patienten i hans hem
- Frågan är om inte parterna skulle kunna lösa dessa problem tillsammans?

# Målgrupp: sköra äldre

SKÅNE

Medelkommun  
(40000inv)

**Tillstånd**

**Behov**

Förlorad reservkapacitet  
En relativt liten påfrestning  
kan orsaka en dramatisk  
försämring

Hög tillgänglighet till hjälp  
dygnet runt

Ålders-  
skörhet

Beroende av andra för  
att klara sitt dagliga liv

Stora funktions-  
nedsättningar

Tillförlitlighet, koordination och  
individanpassning

Ofta många läkemedel  
och ordinatorer

Multisjuklighet

PAL, informationstillgänglighet  
och läkemedelsgenomgångar

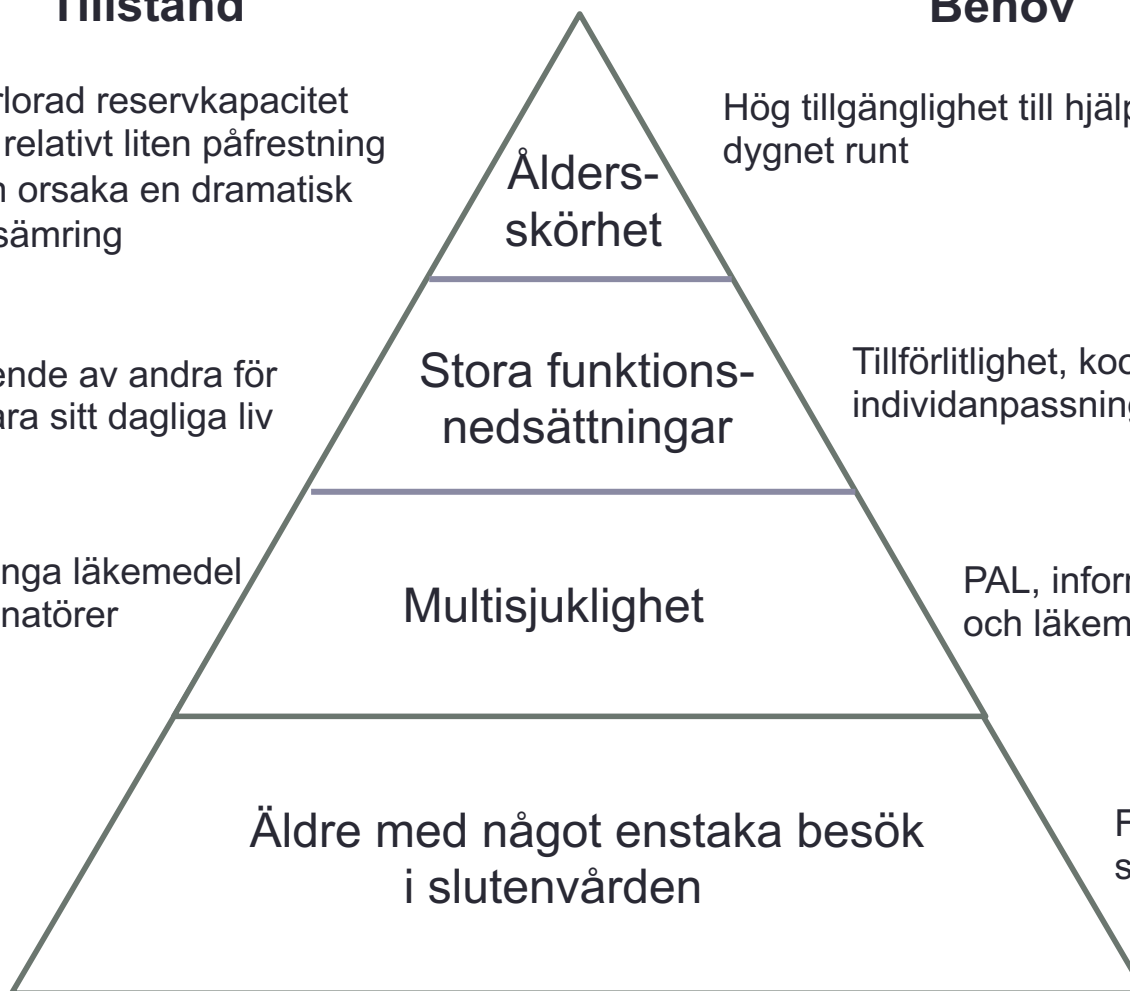
Äldre med något enstaka besök  
i slutenvården

Förebygga ohälsa och  
sjukdom

1 500  
27

3 000  
53

12 200  
212



## Med inspiration från arbetet i flera kommuner väcker den flera frågor hos mig

- Kan man differentiera insatsen bättre efter individens behov (behöver alla patienter 2 timmars inställelsetid 24/7)?
- Är kriterierna för kvalifikation till mobilt vårdteam utslagsgivande?
- Är det alltid vårdcentralsläkaren som ska bilda team med kommunens sjuksköterska?
- Känner inte kommunens hälso- och sjukvård väl till alla berörda individer?
- Finns det ett bra koncept för att genomföra planerade och förebyggande insatser för patienterna?

# Möjliga utvecklingssteg

- HS-avtalet lägger enligt vår mening en mycket positiv grund
- Samarbetet kan dock utvecklas
- Vi ser möjligheter
  - Gör gemensamma *lokala planer* som baseras på identifierade individers behov (inventera)
  - Utforma utbildningsinsatser till aktörerna i den lokala miljön efter konstaterade lokala behov (kopplat till planen)
  - Gör riskanalyser för de patienter som befinner sig i gränslandet och utveckla de planerade och förebyggande insatserna
  - Hushåll med primärvårdens läkarresurser så att tillgängligheten och tryggheten blir så stor som möjligt för de som mest behöver det
  - Knyt an till sjukhus och ASiH
  - Följ upp och skapa ett lärande utifrån de lokala planerna