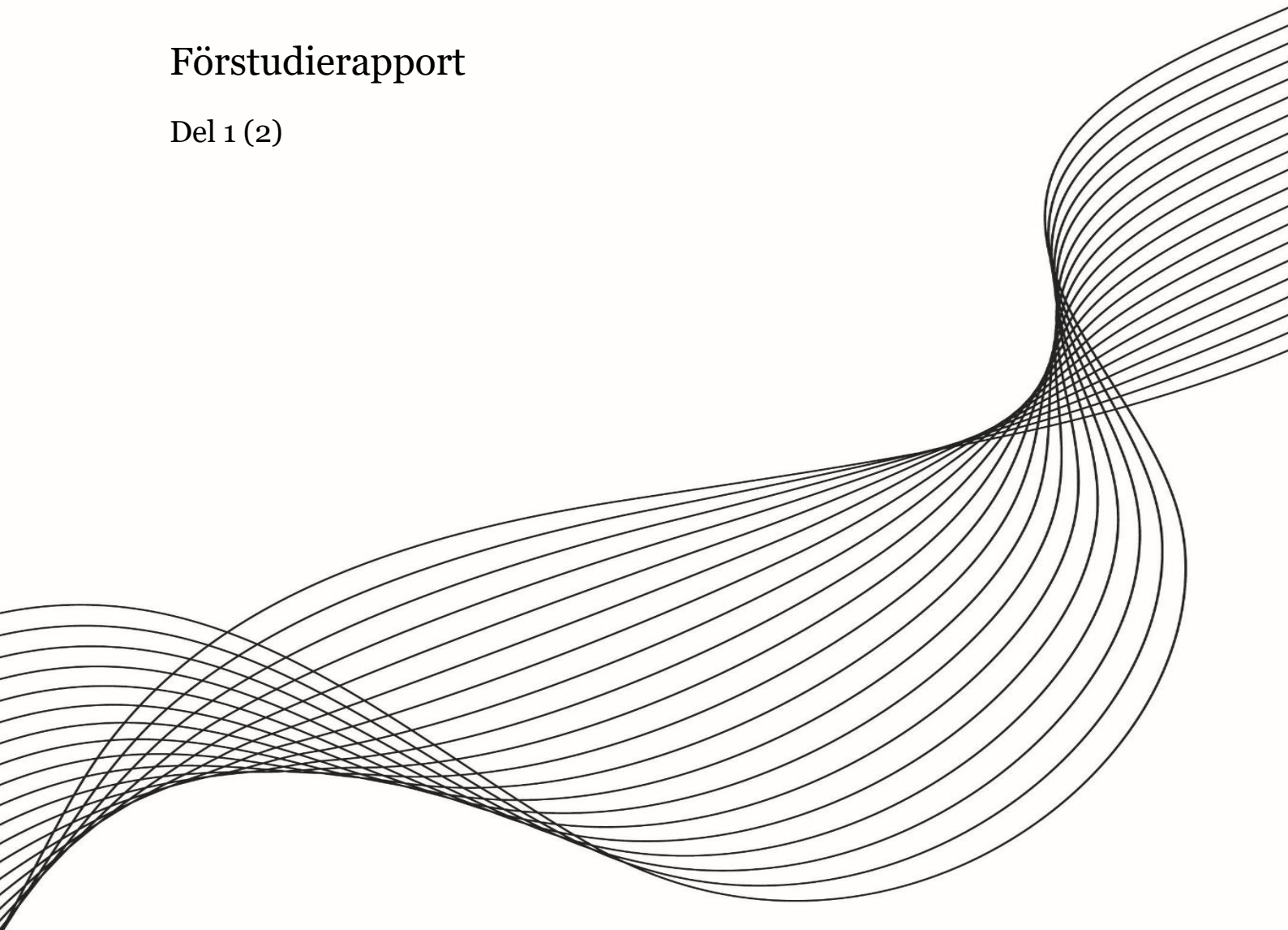


# FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ETT ”HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVTAL” I STOCKHOLMS LÄN 2019 OCH FRAMÅT

Förstudierapport

Del 1 (2)





## Tillsammans i mellanrummen

Allt mer talar för att det är NU vi ska ta nästa steg i samarbetet. Samhällets åtagande för vård och omsorg växer. Den demografiska utvecklingen leder till ökade behov, inte minst genom att gruppen äldre växer starkt. Patientens, brukarens och de anhörigas förväntningar på en sammanhållen vård och omsorg blir allt starkare och allt otåligare. Digitaliseringen skapar möjligheter men också barriärer om vi inte bygger digitala bryggor över mellanrummen. Kostnaderna ökar snabbare än intäkterna kommande år och vi anar en lågkonjunktur runt hörnet.

Kommunerna i Stockholms län och Region Stockholm har samverkat i många år, faktiskt långt innan storlandstinget bildades 1971. Samverkan mellan regionens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg har drivits med de gemensamma medborgarna i fokus och ofta med lagstiftarens krav i bakgrunden. En trygg och säker vård för den enskilde samt effektiv användning av samhällets resurser är målet.

### **Från splittrat och delat, till samlat och helt**

Idag arbetar vi ofta med en fråga eller ett område i taget. Och varje nytt uppdrag startar i någon mån från början. Olika arbetsformer och processer tillämpas och resulterar ofta i överenskommelser som skiftar både i ramverk och former för dialog och uppföljning.

Syftet med en övergripande överenskommelse är att skapa en transparent och förutsägbar plattform och struktur för att samla arbetet mellan huvudmännen inom vård och omsorg. Ge möjligheter att fokusera på verksamhetsfrågorna och önskvärd utveckling utan att behöva utreda hur beslut ska fattas eller vem som ska följa och stödja implementeringen. Syftet är inte att förhindra en eller flera enskilda kommuner att träffa egna överenskommelser med Region Stockholm om viktiga projekt eller lokal verksamhet. En länsgemensam plattform ger tvärtom möjligheter att sprida lokala erfarenheter och skala upp lyckade projekt.

En övergripande överenskommelse bör vara en grund för process och beslut om samverkan inom specifika områden, den blir ett paraply där olika överenskommelser kan samordnas och utgå från gemensamma principer.

Denna förstudie är ett kunskapsunderlag som också omfattar förslag till hur arbetet med en övergripande överenskommelse kan ta nästa steg. Som en start på en lång och spännande vandring. Tillsammans.

Storsthlm

Region Stockholm  
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Madeleine Sjöstrand  
Förbundsdirektör

Margareta Tufvesson  
Tf Hälso- och sjukvårdsdirektör

## Innehållsförteckning

1. Sammanfattning .....	5
2. Bakgrund och uppdrag, regionbildning i Stockholms län .....	9
3. Syfte och mål.....	10
4. Avgränsningar.....	10
5. Genomförande av förstudien .....	11
6. Framtidsspaning .....	11
6.1 Förändrad befolkningssammansättning och ökande behov.....	11
6.2 Pågående utredningar nationellt .....	14
6.3 Utvecklingsprojekt inom Stockholms län.....	15
7. Stockholms län – pågående samverkan.....	17
7.1 Regional organisation kring samverkan .....	17
7.2 Samverkansöverenskommelser .....	19
7.3 Pågående samarbete kommun – landsting för enskilda individer.....	22
8. Stockholms län - legala förutsättningar.....	23
9. Digitalisering – infrastruktur för samverkan .....	26
10. Omvärldsspaning – samarbetsavtal i andra regioner.....	29
10.1 Västra Götaland – Nytänkande process.....	30
10.2 Skåne – fokus på nytänkande och samverkanslösningar.....	31
10.3 Jämförelse med förutsättningar för Stockholms län .....	32
11. Analys och slutsatser .....	33
12. Idéskiss om ett fortsatt uppdrag .....	38

# 1. Sammanfattning

## **Uppdrag – Bakgrund - Syfte**

Den politiska styrgruppen Vård i samverkan (VIS) initierade i maj 2018 ett uppdrag om en förstudie för att undersöka förutsättningarna för ett ”hälso- och sjukvårdsavtal” i Stockholms län. Studien är ett kunskapsunderlag och ett underlag för beslut om ett eventuellt uppdrag att arbeta vidare med frågan. Målet är att skapa en trygg och säker vård och omsorg för den enskilde samt en effektiv användning av samhällets resurser.

Med hälso- och sjukvårdsavtal avses en överenskommelse om samverkan på övergripande nivå mellan länets kommuner och Stockholms läns landsting/Region Stockholm. Överenskommelsen ska vara övergripande och hålla samman delöverenskommelser kring specifika målgrupper eller insatser.

Erfarenheter från det avslutade projektet ”Hemsjukvård 2020” visade att huvudmännens olika förutsättningar påverkar samverkan i gemensamma arbetsprocesser. Styrning, organisation och principer för samverkan behöver utvecklas vidare.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Storsthms kansli fick i uppdrag att genomföra förstudien i samverkan. Sakkunskap har inhämtats från jurister, ekonomer, kommunikatörer och e-strateger från båda huvudmännen.

## **Stark ökning av antalet äldre ställer ökade krav på samverkan**

Sverige får en allt större andel äldre i befolkningen. Särskilt snabb är ökningen bland de allra äldsta. I Stockholms län bedöms antalet personer över 85 fördubblas fram till 2050. Med de medicinska framstegen lever alltfler äldre längre med kroniska sjukdomar. Det förlänger den tid som de behöver hjälp av sjukvård och av kommunal omsorg. ”Storkonsumenterna” av vård är desamma inom både landsting och kommun. På grund av sina komplexa behov får de stöd av många inblandade verksamheter till exempel sjukhusvård, hemsjukvård, hemtjänst, korttidsboende. Det sker återkommande ansvarsväxlingar mellan huvudmännen och mellan de olika verksamheterna inom respektive huvudmans ansvarsområde. Kraven och förväntningarna på en sammanhållen vård och omsorg blir allt starkare från de äldre och deras anhöriga.

Utvärderingar visar att ju mer komplexa behov den enskilde har – desto större är förutsättningarna att genom ökad samverkan höja kvaliteten i tjänsterna och samtidigt nå en förbättrad resursanvändning.

## **En historisk hög kostnadsutmaning – nya arbetssätt måste till**

Ökningen av antalet äldre innebär ett behovs- och finansieringstryck på både hälso- och sjukvård och omsorg i en stark uppåtgående trend. Kostnaderna kommer att öka snabbare än intäkterna kommande år. Konjunkturutvecklingen påverkar starkt. Nya arbetssätt kommer att behövas för att nå den omställning som krävs. Hälso- och sjukvård och omsorg är beroende av varandra för att kunna hantera kostnadsutvecklingen.

Till detta kommer förändringar i form av lagändringar i allt snabbare takt, vilket kräver omställning.

## **Arbetskraft till vård och omsorg – en utmaning som behöver mötas på flera sätt**

Andelen äldre i befolkningen ökar, men andelen i yrkesverksam ålder ökar inte särskilt mycket framöver. Det innebär att det kommer att bli stora svårigheter att rekrytera den personal som behövs inom både hälso- och sjukvård och omsorg. Att höja produktiviteten inom befintliga arbetssätt räcker inte till – nya arbetssätt och ökad samverkan måste till för att ge både högre kvalitet och förbättrad resursanvändning. Ökat fokus på planering och samverkan kring särskilda målgrupper och en

övergång till mer av en samverkanskultur istället för gränsdragningspolitik mellan huvudmännen blir allt viktigare.

### **Ökad samordning behövs för fler grupper än de äldre**

Psykisk ohälsa är en av vår tids stora utmaningar. I Stockholms län ökar andelen barn och unga som rapporterar psykosomatiska besvär och fler behöver stöd från landstingets och kommunens verksamheter. Bland vuxna ökar antalet sjukskrivningar som beror på psykisk ohälsa. Enligt statistik från Folkhälsomyndigheten är det självrapporterade nedsatta psykiska välbefinnandet högre i Stockholms län jämfört med riket.

Inom beroenderelaterad vård och omsorg finns ett stort behov av samverkan. De allra mest utsatta och frekventa i målgruppen - ”mångbesökarna” - befinner sig i ständigt skiftande ansvarsväxlingar mellan olika insatser från sjukhusvård, primärvård och insatser från kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst.

### **Samverkan i Stockholms län som den ser ut nu**

Samverkan mellan kommunerna i länet och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen regleras i drygt 10 överenskommelser, som berör olika målgrupper och insatser. För ett fåtal överenskommelser finns regionala och lokala samverkansgrupper som följer och utvecklar respektive överenskommelse.

Samverkan mellan huvudmännen sker också i gemensamma verksamheter som riktar sig till enskilda, bland annat till dem som har problem med missbruk/beroende, riskerar att utsättas för våld eller behöver stöd att bli självförsörjande (Mini-Maria, Origo och Samordningsförbund med mera). Samverkan sker också i olika utvecklingsprojekt till exempel om psykisk ohälsa.

### **Nuvarande överenskommelser i Stockholms län – behov av uppföljning och en gemensam struktur**

Nuvarande överenskommelser mellan kommunerna och landstinget skiljer sig åt i struktur – några beskriver mest legala föreskrifter, andra beskriver hur samverkan ska fungera och hur fördelning av det ekonomiska ansvaret ska vara. Flertalet överenskommelser har inte följts upp. Om uppföljning har gjorts har det ofta inte skett i samverkan mellan huvudmännen. Det saknas ofta stöd för det lokala arbetet efter att en överenskommelse antagits. Det innebär bland annat att det saknas kanaler dit de lokala verksamheterna kan föra fram svårigheter och ställa frågor till exempel vid oenighet om tolkning av en överenskommelse.

Det finns ingen gemensam process för upprättandet av nya överenskommelser och det saknas en gemensam plattform med gemensam värdegrund och gemensamma mål för samverkan. Rutiner för hur och när överenskommelser ska revideras saknas också.

### **Hur gör man i andra län? Vilka erfarenheter kan vi lära av?**

När Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland arbetades fram lades mycket tid för att arbeta in ett patient- eller individperspektiv och samverkansfokus. Värdegrundsarbetet var i centrum. Knäckfrågor identifierades och lösningar arbetades fram i gränsöverskridande grupper med inriktning på att lära av varandra.

Grunden för Hälso- och sjukvårdsavtalet i Skåne är ett ”utvecklingsavtal” mellan huvudmännen. Parterna ska utveckla nya vårdformer i samverkan. Arbetsprocessen i Skåne följde inte en lika planlagd dialogprocess och ledning som i Västra Götaland.

Erfarenheter att ta lärdom av är det öppna och dialogbaserade arbetssätten i båda länen. Många anställda var delaktiga. En annan slutsats från båda länen är att man skulle ha behövt tillsätta resurser för att implementera avtalen och stödja arbetet mot avtalens mål. I båda länen har man lagt för lite fokus på uppföljning, vilket gör det svårt att mäta resultaten.

### **Förutsättningar för Stockholms län**

Utifrån den omvärldsspaning som beskrivs i rapporten blir det tydligt att huvudmännen i Stockholms län behöver samordna sig mer för att kunna arbeta mer effektivt särskilt kring vissa målgrupper. Nya och gemensamma arbetsmetoder behöver utvecklas för att öka gemensamt lärande och samsyn. I ett fortsatt utvecklingsarbete skulle huvudmännen kunna dra nytta av de lärdomar som gjorts i Västra Götaland och Skåne.

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 det finns många privata utförare både inom kommun och landsting.

Tack vare att hemsjukvården inte växlats, har länet möjlighet att bygga upp egna riktade lösningar som exempelvis att anställa läkare direkt i de vårduppdrag man önskar. Länet har också möjlighet att i en framtida övergripande överenskommelse om samverkan väva in socialtjänstens insatser kring individer med behov av samverkan från bägge huvudmännen, på ett helt annat sätt än Västra Götaland och Skåne (som växlat hemsjukvården). Målgruppen i Stockholms län kan alltså innefatta alla åldrar, där behov av samverkan från bägge huvudmännen finns.

En övergripande överenskommelse för Stockholms län skulle kunna innebära en strukturförändring för hantering av överenskommelser, där den övergripande överenskommelsen utgör grunden. Inom ramen för denna överenskommelse kan det finnas underöverenskommelser som är lokala eller berör specifika målgrupper. Kommunerna ska kunna välja att ingå eller inte ingå i de olika överenskommelserna. Utveckling av nya vårdformer i samverkan mellan huvudmännen i pågående projekt kan också regleras i underöverenskommelser.

Huvudöverenskommelsen bör ha fokus på behov av samverkan, vilket medför att frågor kring, och brister i, samverkan lättare kan lyftas till högsta ledningsnivå.

### **Huvudmannaskap är lagstyrt men huvudmännen ska samarbeta**

Huvudmannaskap styrs av lag, främst Hälso- och sjukvårdslagen, Socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Huvudmannaskap kan inte överlåtas genom avtal, men att huvudmännen ska samverka är lagstyrt.

### **Tre vanliga hinder för samverkan**

Lagstiftningen anger ansvarsfördelningen mellan huvudmännen mer översiktligt men det uppstår inte sällan diskussioner i den lokala verksamheten om vad det innebär på konkret nivå avseende ansvarsfördelning.

Huvudmännens respektive budgetansvar gör att man försöker hålla ifrån sig kostnader för sådana insatser som ligger i gränslandet mellan ansvarsområdena. En insats som skulle fungera väl för den enskilde, kanske inte kommer till stånd i de fall då det inte är tydligt vem som har ansvaret.

Sekretess råder som huvudregel mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den enskilde kan samtycka till att information får delas. Det innebär svårigheter i de fall den enskilde inte vill eller är tveksam till att ge samtycke.

## **En möjlig väg att minska några av hindren – regionala och centrala samverkansråd med tydliga mandat**

Till den övergripande överenskommelsen skulle en ny samverkansorganisation kunna byggas upp för att lösa olika problem. Det skulle kunna finnas regionala samråd inom olika verksamhetsområden med representanter som har god kännedom om verksamheten och mandat att fatta beslut om kostnader upp till en viss nivå. Samrådsgrupperna ska kunna lösa individärenden med principiell betydelse och mer generella samverkansproblem. Om den lokala samverkansgruppen inte kommer överens ska frågan kunna hänvisas till ett regionalt samverkansråd, som också får utforma tillämpningsanvisningar om bland annat kostnadsfördelning.

## **Digitalisering bidrar till nya arbetssätt - men måste utvecklas i samverkan**

Digitalisering möjliggör en mer nära vård och omsorg, och ökar möjligheten till egenvård. Informationsutbytet underlättas för individer med behov av samverkan från bägge huvudmännen.

Utvecklingsprojekt pågår, men utvecklingen är för långsam och sker till stor del inom respektive verksamhet. Det innebär ett bristande stöd i de många vårdprocesser som löper över huvudmanna- och organisationsgränser. Konsekvensen blir att personal får arbeta i dubbla system, eller utföra uppgifter manuellt, som skulle kunna automatiseras. E-hälsa och välfärdsteknik är områden där samverkan kan ge ökad kvalitet och ett sammanhållet stöd för den enskilde.

Befintliga överenskommelser mellan kommuner och landsting måste förnyas och anpassas för att möta behoven av tillräcklig, komplett och tillgänglig information, givetvis med hänsyn till sekretessreglerna. Arbetet har redan startat, och ett pilotarbete kommer att påbörjas. Digitaliseringssamarbetet föreslås ingå i en eventuell kommande huvudöverenskommelse.

## **Ändrad benämning - överenskommelse om samverkan inom hälsa, vård och omsorg**

Ur juridisk synpunkt avråds från benämningen avtal. Som framgår ovan finns stora behov av samverkan inom ett bredare område för individer med behov av samverkan från bägge huvudmännen. Istället för benämningen "Hälso- och sjukvårdsavtal" föreslås därför "överenskommelse om samverkan inom hälsa, vård och omsorg".

## **Vinster med en övergripande överenskommelse om samverkan**

Syftet med en överenskommelse är att skapa en trygg och säker vård och omsorg för personer med behov av samverkande insatser från båda huvudmännen, samt en effektiv användning av samhällets resurser. Gemensamma vinster för båda huvudmännen:

- Individer med behov av samverkan från bägge huvudmännen får rätt vård och stöd, samordnat och i rätt tid
- Tydligare gemensam struktur för samverkan ger en sömlös vård som innebär ökad trygghet för individen
- En transparent och förutsägbar plattform och struktur för att samla samverkansformer mellan huvudmännen inom vård och omsorg ger ökade förutsättningar för att hantera snabba förändringar och svängningar (bland annat lagändringar)
- Möjligheter att sprida lokala erfarenheter via en ny samverkansorganisation och skala upp lyckade projekt
- Ett "paraply" där olika överenskommelser kan samordnas och utgå från gemensamma principer
- En väg att utveckla nya arbetssätt/nya vårdformer med högre grad av samverkan för att nå effektivare användning av resurser



- Digitalisering som utvecklas i samverkan förenklar, effektiviserar och stödjer samordning inom vården – samordnad information ger större trygghet för individerna
- En tydlig gemensam värdegrund och tydliga gemensamma mål med samverkan underlättar arbetet på alla nivåer
- Hinder för samverkan på alla nivåer löses genom en tydlig ledning och struktur för att lösa problem och tolkningar
- Hög kvalitet på samtliga samverkansöverenskommelser inom vård och omsorg bidrar till rättssäker vård och stöd till individerna
- Planering inför och genomförande av kontinuerligt stöd och lärande/metodutveckling kring samverkan ger fortsatt utveckling

### **Ställningstagande till fortsatt utvecklingsarbete**

Nulägesanalysen visar att det finns ett stort behov av att gemensamt utveckla nuvarande samverkansformer och att gemensamt ta fram ”principer” för samverkan. Det är juridiskt möjligt att gemensamt ta ett helhetsgrepp kring samverkan i länet. Framtidsspaningen visar att det är nödvändigt att agera nu. Det finns stora behov av att gemensamt utveckla smartare digitala lösningar och digitaliseringen skulle dessutom kunna fungera som en ”möjliggörare” för en överenskommelse kring samverkan. Allt talar för att ett fortsatt utvecklingsarbete är nödvändigt.

## **2. Bakgrund och uppdrag, regionbildning i Stockholms län**

Vård i samverkan (VIS) initierade i maj 2018 en förstudie om förutsättningar för ett hälso- och sjukvårdsavtal i länet. VIS är en politisk ledningsgrupp med representanter från Storsthlm och från Region Stockholm.

Med hälso- och sjukvårdsavtal avses en överenskommelse om samverkan på övergripande nivå mellan länets kommuner och Region Stockholm. Överenskommelsen ska vara övergripande och hålla samman delöverenskommelser kring specifika målgrupper eller insatser.

Uppdraget att genomföra förstudien gick till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Storsthlms kansli i samverkan. Förstudien ska innebära ett gemensamt kunskapsunderlag som belyser:

- Dagens samverkansformer inom Stockholms län (avsnitt 7)
- De legala förutsättningarna för ett hälso- och sjukvårdsavtal (avsnitt 8)
- Om avtalet ska begränsas till hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen eller om avtalet även ska omfatta ett bredare samverkansperspektiv (avsnitt 11)
- Erfarenheter från Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Dessa regioner tecknade 2016 respektive 2017 ett hälso- och sjukvårdsavtal som reglerar samverkan och ansvarsfördelningen (avsnitt 10)
- Utveckling – framtidsspaning (avsnitt 6)
- Digitalisering (avsnitt 9)

Förstudien ska vara ett kunskapsunderlag för ställningstagande till ett hälso- och sjukvårdsavtal, samt en grund för fortsatt arbete.

### **Hemsjukvård 2020**

Kommunerna och landstinget i Stockholms län genomförde under 2017 ett arbete med syfte att överföra hemsjukvården från landstinget till kommunerna. Ett tidigare försök att genomföra det arbetet gjordes inför 2015. Projektet ”hemsjukvård 2020” avslutades då huvudmännen inte nådde samsyn.

Erfarenheter och lärdomar från det projektet måste tas till vara och visar på behov av en struktur för samverkan mellan kommunerna i länet och landstinget. Projektet synliggjorde kommunernas och landstingets olika förutsättningar i gemensamma arbetsprocesser. En tydlig styrning och organisation samt principer för samverkan bör tas fram.

### **Region Stockholm 2019**

Riksdagen beslutade juni 2018 att *lagen om regionalt utvecklingsansvar i vissa län* ändras så att den gäller för alla landsting i Sverige. Region Stockholm bildas 1 januari 2019 och tar över det regionala utvecklingsansvaret från länsstyrelsen. Det innebär bland annat ett utökad uppdrag för frågor kopplade till tillväxt och transportinfrastruktur. Landstingets nuvarande ansvar för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, regionplanering och kultur kvarstår. För kommuner i Stockholms län innebär det att de i större utsträckning än tidigare kan samverka med regionen i frågor som rör länets utveckling. Förstudien beskriver bland annat pågående samverkan och överenskommelser i länet som det ser ut 2018 och därför används i rapporten både beteckningen Stockholms läns landsting och Region Stockholm.

## **3. Syfte och mål**

Syftet med förstudien och med ett eventuellt kommande utvecklingsarbete kring ett "Hälso- och sjukvårdsavtal" är att skapa en trygg och säker vård och omsorg för den enskilde samt en effektiv användning av samhällets resurser.

Med hälso- och sjukvårdsavtal avses en överenskommelse om samverkan på övergripande nivå mellan länets kommuner och Region Stockholm. Avtalet ska vara övergripande och hålla samman delöverenskommelser kring specifika målgrupper eller insatser.

Målet med förstudien har varit att senast i januari 2019 presentera:

- Ett gemensamt kunskapsunderlag till parterna för ställningstagande till att medverka i fortsatt arbete med ett hälso- och sjukvårdsavtal. Såväl fördelar som nackdelar bör ha framträtt på ett sätt som gör att förstudien kan användas som beslutsunderlag.
- Förslag till ett kommande uppdrag för gemensamt utvecklingsarbete

För att tillgodose målen ovan består förstudien av två delar: En längre sammanfattning och själva förstudien som ingående behandlar de olika delarna i uppdraget. I en separat del finns nio bilagor som är ett fördjupat kunskapsunderlag kring vissa avsnitt i förstudien.

## **4. Avgränsningar**

I förstudien nämns olika grupper där samverkan mellan huvudmännen är väsentlig - barn, äldre, personer med funktionsnedsättning, psykisk ohälsa med flera. Under arbetet med förstudien har ansatsen breddats från hälso- och sjukvård, till att även innefatta socialtjänstens omsorg.

I Stockholms län är hemsjukvården en del av landstingets verksamhet. Detta måste beaktas vid jämförelse med andra regioner/län, då gränsen mellan kommunens respektive landstingets hälso- och sjukvård skiljer sig åt.

## 5. Genomförande av förstudien

Förstudien har arbetats fram av en projektgrupp bestående av en handläggare och en utredare från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och två processledare från Storsthlm.

För att belysa alla delar av uppdraget involverades olika professioner med sakkunskap från båda huvudmännen, såsom jurister, ekonomer, kommunikatörer och e-strateger med flera. Extern kompetens anlätades som sakkunnig och med ansvaret att bidra med underlag avseende omvärldsbevakning och omvärldsanalys.

Arbetet leddes av en styrgrupp bestående av enhetschef på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) och verksamhetschef på Storsthlm tillsammans med projektgruppen. Under arbetet med förstudien har ett förankringsarbete inom kommunerna påbörjats.

## 6. Framtidsspaning

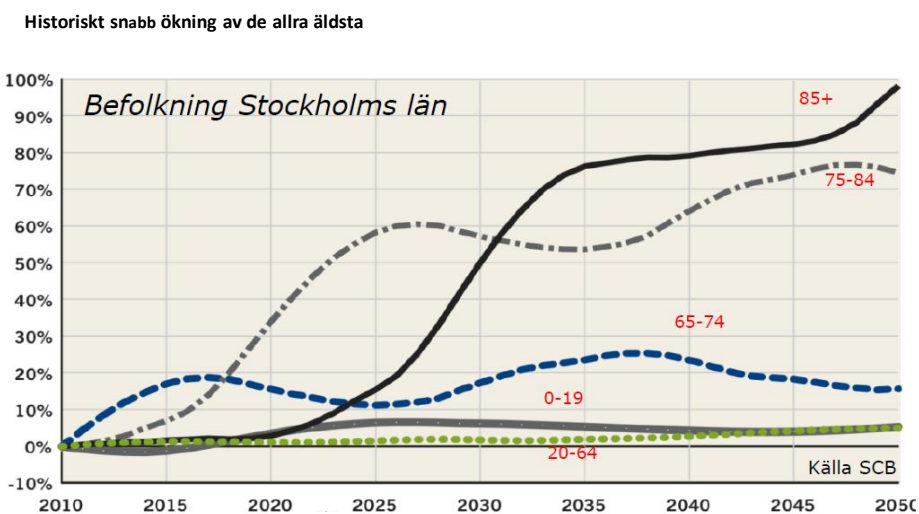
### 6.1 Förändrad befolkningssammansättning och ökande behov

*Fakta i detta avsnitt bygger på en studie som behandlas utförligt i bilaga 2.*

#### Mycket snabb ökning av antalet äldre

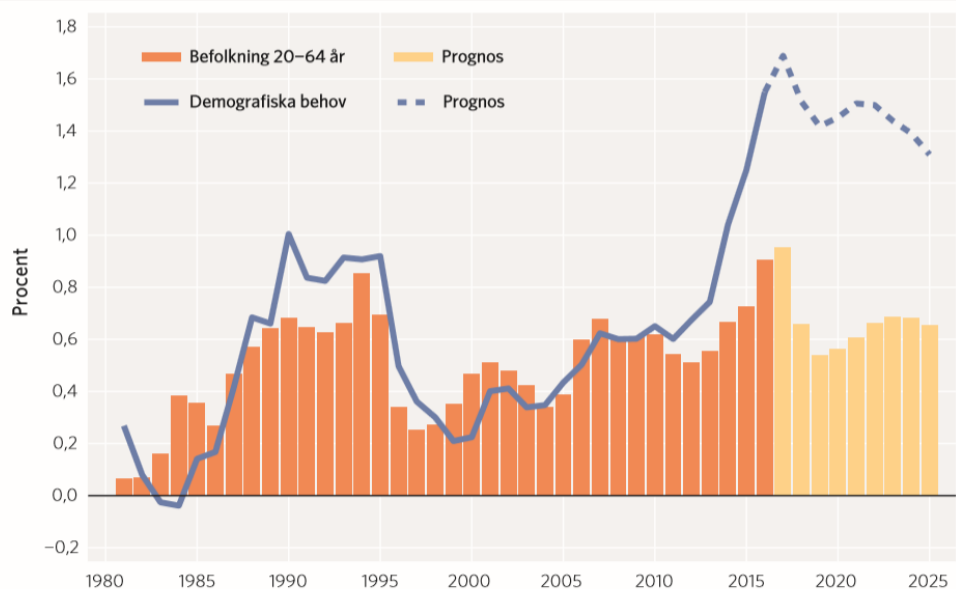
Sverige får en allt större andel äldre i befolkningen. Sedan 1950-talet har medellivslängden ökat med cirka 10 år och för närvarande ökar den med cirka 2 månader varje år. Folkmängden i Stockholms län fortsätter att öka – från dagens 2 308 100 personer till 2 652 200 personer år 2027 och 3 327 200 personer år 2060 (siffror presenterade av RUFSS i november 2018). Det sker en mycket snabb ökning av de allra äldsta. I Stockholms län bedöms gruppen 85 år och äldre att fördubblas under 30 år, mellan 2020 och 2050. Även gruppen 75 - 84 år kommer att öka påtagligt i länet.

Befolkningen över 75 år är den grupp som har de allra största behoven av hälso- och sjukvård och omsorg. Med den medicinska utvecklingens snabba framsteg lever allt fler sjuka äldre med sina kroniska sjukdomar vilket förlänger den tid som patienter finns inom sjukvården.



Samtidigt ökar även den yngre andelen av befolkningen (barn och ungdomar) men inte alls med samma drastiska utveckling som för de äldre. Den arbetsföra delen av befolkningen (som vanligtvis finns i åldersspannet 20 - 64 år) ökar inte särskilt mycket utifrån de relativa talen. Detta påverkar försörjningskvoten – antalet personer i den normalt arbetsföra ålderns jämfört med personer som inte är i arbetsför ålder.

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



Källa: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting.

### En historiskt hög kostnadsutmaning

Ökningen av antalet äldre medför att hälso- och sjukvård och omsorg är utsatta för ett behovs- och finansieringstryck i en starkt uppåtgående trend. Till stora delar visar patient- och brukarundersökningar att olika insatser fungerar väl och att den medicinska kvaliteten håller en hög nivå generellt i Sverige. Samtidigt visar alltfler kartläggningar också på att det finns ett missnöje med samordningen av hälso- och sjukvården och omsorgen i Sverige

### ”Storkonsumenterna” är desamma hos kommun och landsting

De målgrupper 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 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.

De högsta kostnaderna inom huvudmännens verksamheter är kopplat till ”storkonsumenterna” av vård, omsorg och övrig socialtjänst. 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 sina komplexa behov av många inblandade verksamheter och det sker återkommande ansvarsväxlingar. Utvärderingar har visat att ju högre komplexitet desto bättre förutsättningar för att öka kvaliteten i tjänsterna samtidigt som resursanvändningen kan förbättras.

Av hälso- och sjukvårdens samlade kostnader åtgår cirka 80 till 85 procent till vård åt kroniskt sjuka. De äldre är överrepresenterade i gruppen kroniskt sjuka. Uppmot 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.

Kunskaperna inom medicinsk behandling och omvårdnad ökar och mer kan diagnosticeras och göras för patienterna inom vården, omsorgen och övrig socialtjänst.

Den tekniska utvecklingen bidrar till utvecklingen och det pågående och nödvändiga digitala förändrings- och omställningsarbetet driver på kostnadsutvecklingen ytterligare.

### **Fler målgrupper med stora behov av samordning mellan huvudmännen**

*Fakta i detta avsnitt kommer från utredningar som behandlas mer utförligt i bilaga 2 och 3.*

Psykisk ohälsa är en av vår tids stora utmaningar. I Stockholms län ökar andelen barn och unga som rapporterar psykosomatiska besvär och fler behöver vård och stöd från kommunernas och landstingets verksamheter.

Bland vuxna ökar antalet sjukskrivningar som beror på psykisk ohälsa (ca 46 % av alla sjukskrivningar) Bland personer som är 65 år och äldre är förskrivningen av psykofarmaka hög.

Enligt statistik från Folkhälsomyndigheten är det självrapporterade nedsatta psykiska välbefinnandet högre i Stockholms län jämfört med riket. Andelen som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande har ökat i de flesta grupper under den senaste tioårsperioden. Särskilt stor ökning har skett i åldersgruppen 16–29 år.

Mer om utvecklingen vad gäller psykisk ohälsa och kostnader finns i bilaga 3.

En annan grupp med stort behov av 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.

### **Arbetskraft till vård och omsorg – en stor utmaning**

Källa: kunskapsunderlaget *Kompetensförsörjning i Stockholms län 2050 Baserat på nya framskrivningar* från Tillväxt- och regionplaneförvaltningen, Stockholms läns landsting.

Arbetskraften beräknas öka med mer än 50 procent under perioden 2013 – 2050 i Stockholms län. Vård och omsorg är yrken som beräknas växa såväl antalsmässigt som procentuellt. Sysselsättningen för personer med högskoleutbildning inom vård beräknas öka med nästan 85 000 personer, som ett resultat av bland annat en kraftigt ökad efterfrågan till följd av de demografiska förändringarna.

För att motverka den beräknade framtida bristen på arbetskraft kommer det krävas inpendling till länet och/eller att arbetskraft som inte har formell kompetens sysselsätts. Procentuellt sett beräknas yrkeskategorin teoretisk specialistkompetens inom hälso- och sjukvård öka med nästan 93 procent till 2050.

Se vidare under Slutsatser och avsnittet Kostnadsutveckling för kommunerna.

### **Slutsatser från studien i bilaga 2**

- Att öka produktiviteten inom befintliga arbetssätt räcker inte till – nya arbetssätt genom organisatoriska innovationer kan ge både högre kvalitet och förbättrad resursanvändning

- Den snabba digitala utvecklingen utgör en stor potential för dessa nya arbetssätt och möjligheter till betydligt effektivare samverkansströmmar (se vidare avsnitt 9!)
- Kartläggningar visar att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens huvudmän är ömsesidigt beroende av varandra för att kunna hantera kostnadsutvecklingen. Kostnadsutvecklingen kommer främst från grupper som har stora och samtidiga behov av insatser från både landsting/regioner och kommuner.
- Ett ökat fokus på planering och samverkan kring särskilda målgrupper, och en övergång till mer av en samordningskultur istället för gränsdragningspolitik, blir allt viktigare som en strategi för att klara utmaningarna. En sådan utveckling behöver starta nu då den starka demografiska effekten nu kommer att slå igenom med full kraft under de närmaste 10 åren.

### **Kostnadsutveckling för kommunerna i länet**

*Fakta i detta avsnitt kommer från en sammanställning som behandlas mer utförligt i bilagorna 4 och 5!*

På grund av de demografiska förändringar som vi ser framför oss, med bland annat en allt större andel äldre, kommer kommunernas kostnader för vård- och omsorg om äldre successivt att öka många år framöver. En beräkning enbart baserat på en prognos av befolkningsutvecklingen från Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen (RUFSS hösten 2018) 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 kan hanteras inom ramen för tillväxten - trots att antalet äldre växer snabbare än den arbetsföra befolkningen - men därefter finns det en stor risk att det successivt blir allt svårare. 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 RUFSS befolkningsprognos finns det därför en stor risk att kostnaderna för de äldre inte kommer att kunna finansieras inom ramen för tillväxten. Dessutom finns det en stor risk att kostnaderna blir högre än så eftersom beräkningarna inte tar hänsyn till att gruppen 85+ blir förhållandevis fler.

Nya arbetssätt kommer att behövas för att underlätta den omställning som kommer att krävas. Det kan underlättas av den digitala utvecklingen mot bättre planering och mer samverkan mellan kommuner och landsting. Såväl hälso- och sjukvården som 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. Se bilaga 4 och 5!

## 6.2 Pågående utredningar nationellt

### **Ny socialtjänstlag**

Sedan 2017 pågår en översyn av socialtjänstlagen. I juli 2018 utvidgade regeringen uppdraget och förlängde utredningstiden till 1 juni 2020. Utredaren ska bland annat se över och analysera hur äldreomsorgen och övriga insatser inom socialtjänsten, som är riktade till äldre bäst tillgodoses - genom en särslagstiftning eller fortsättningsvis inom socialtjänstlagen? Mål som ska uppnås är:

- Att äldre får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra
- En sammanhållen och effektiv vård och omsorg för äldre samt
- Att äldres behov av förebyggande och trygghetsskapande insatser tillgodoses

### **Utredningen om god och nära vård**

Regeringen har utsett en särskild utredare som bland annat ska föreslå förändringar som medför en vård närmare patienten. Primärvården har en viktig roll att fylla och ska vara förstahandsvalet för alla som söker vård.

I ett tilläggsdirektiv utökas utredarens uppdrag till att också omfatta att utreda förutsättningarna för att samordna vården för patienter med komplexa och omfattande vårdbehov. Utformningen av den nya nära vården involverar huvudmän på såväl landstings- som kommunsidan. Uppdraget ska slutredovisas den 31 mars 2020.

## **6.3 Utvecklingsprojekt inom Stockholms län**

### **Pilotprojekt - delegeringar**

Region Stockholm och Stockholms stad genomför tillsammans ett pilotprojekt gällande delegeringar mellan hemsjukvård och hemtjänst. Projektet pågår juni 2018 och fram till 31 januari 2019. Syftet med projektet är att utforma rutiner, arbetssätt och samverkan för att upprätthålla patientsäkerheten vid delegeringar.

Bakgrunden är att flera kommuner har valt att lämna tillbaka delegeringarna till utförare av hemsjukvård.

### **Sammanhållen seniorvård**

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen utvecklar en mer sammanhållen vård för äldre på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) med start våren 2018. Syftet är att öka tryggheten och de äldres delaktighet i vården.

Arbetet kommer att genomföras i tre etapper. Första etappen innebär upphandling av geriatrisk vård vid två sjukhus enligt lagen om offentlig upphandling, (LOU) och införande av vårdval inom geriatrik enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) för vårdgivare med egna lokaler. Etapp två innefattar primärvården, öppenvården och hemsjukvården och etapp tre innefattar sammanlänkning mellan etapp ett och två.

Utvecklingsarbetet genomförs inom programmet Sammanhållen seniorvård (tidigare Vårdval Seniorvård).

### **Framtidens vårdinformationsmiljö SLL**

Programmet Framtidens vårdinformationsmiljö syftar till att skapa förutsättningar för effektiva arbetssätt inom SLL:s hälso- och sjukvård samt förmåga till regional nätverkssjukvård. Ambitionen är att informationen i framtiden ska följa med patienten på dennes resa genom vården, en resa som ofta skär genom olika huvudmän, vårdgivare och IT-system.

Vårdinformationsmiljön ska förenkla utbytet av patientinformation mellan vårdgivare och ge vårdens medarbetare tillgång till patientens vård- och hälsodata utan att behöva logga in i flera olika IT-system. Dagens journalsystem ska ersättas med ett mer lättarbetat digitalt stöd med smidiga, moderna gränssnitt och intuitiva funktioner. Medarbetarna ska ges möjlighet att arbeta mobilt och få snabbare tillgång till ny forskning och kunskap genom kunskaps- och beslutsstöd. Manuell hantering av patientinformation och pappershantering ska minimeras.

Det övergripande målet är att ge patienter möjlighet att vara delaktig i sin vård och att möjliggöra nya arbetsätt som förenklar och effektiviserar arbetet för medarbetare inom vården. Därtill är målet att möjliggöra en effektiv ledning och styrning av hälso- och sjukvården samt underlätta för forskningen att få tillgång till anonymiserad, relevant, kvalitetssäkrad, och heltäckande data.

Se vidare avsnitt 9 – digitalisering!

### **Hälso- och sjukvården år 2040**

På uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden pågår en utredning kring den långsiktiga utvecklingen för hälso- och sjukvården i länet och de faktorer som påverkar. Utredningen kommer beskriva och analysera förutsättningarna för hälso- och sjukvården åren 2030 - 2040.

Utredningen föreslås belysa faktorer som påverkar vårdbehoven och hälso- och sjukvården fram till 2040, samt att utifrån hälso- och sjukvårdens mål analysera hur olika systemlösningar och styrinstrument kan användas. Rapporten ska beskriva och analysera en mängd perspektiv på hälso- och sjukvårdens möjligheter och innehåll, samt identifiera prioriterade frågeställningar inför det fortsatta arbetet mot en god och jämlik hälso- och sjukvård.

### **Uppdrag psykisk hälsa 2018**

Regeringen genomför olika satsningar för att stödja kommuner och landsting. En av dessa är riktade stimulansmedel inom området psykisk hälsa. Satsningen för år 2018 innebär att Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län gemensamt får drygt 307 miljoner kronor. Stockholms läns landsting och samtliga kommuner i Stockholms län har beslutat att avsätta fyra procent av stimulansmedlen för att nå en förstärkt samverkan i det gemensamma arbetet mot psykisk ohälsa som ska ge förutsättningar för ett långsiktigt arbete.

Arbetet handlar bland annat om att möta behovet av:

- fler och bättre insatser som bidrar till att främja barns, ungas och vuxnas välbefinnande
- fler verksamheter som kan erbjuda förebyggande och tidiga insatser
- ökad tillgänglighet till insatser inom primärvård och psykiatri
- en mer jämlik tillgång till insatser över hela länet och mellan olika grupper
- en långsiktig struktur för kunskapsstyrning på området psykisk hälsa
- förstärkt och förbättrad samverkan mellan kommunerna och landstinget

### **Uppbyggnad av ett regionalt resurscentrum för psykisk hälsa**

För att möta behovet av en långsiktig struktur för kunskapsstyrning driver Region Stockholm (genom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen) och kommunerna i länet (genom Storsthlm), tillsammans med Region Gotland, ett projekt som har som mål att ta fram ett förslag till ett regionalt resurscentrum för psykisk hälsa för Stockholm-Gotland. Stimulansmedel från Regeringen används till detta och projektledare från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Storsthlm leder arbetet.



Ett regionalt resurscentrum ska stödja en förstärkt struktur för kunskapsutbyte kring psykisk hälsa och skapa bättre förutsättningar för evidensbaserade insatser och jämlik psykisk hälsa, samt öka spridningen av kunskap mellan kommuner, landsting och nationell nivå.

### **Kunskapsutveckling – evidensbaserad praktik**

I Stockholms län arbetar man med att förstärka och implementera de Regionala Samverkans- och Stödstrukturer (RSS) som finns för kunskapsutveckling inom socialtjänsten samt angränsande hälso- och sjukvårdsområden. Syftet är att stödja kommunerna och landstingets verksamheter med ett praktiskt verksamhetsstöd genom att:

- medverka till att skapa förutsättningar för en evidensbaserad praktik i hela socialtjänsten och närliggande hälso- och sjukvård
- vara en arena för lokala och regionala politiska prioriteringar och strategier inom välfärdsområdet
- vara en dialogpart gentemot den nationella nivån respektive länet

## **7. Stockholms län – pågående samverkan**

### **7.1 Regional organisation kring samverkan**

#### **Gemensam politisk ledningsgrupp Vård I Samverkan (VIS)**

I Stockholms län finns en gemensam politisk ledningsgrupp (VIS) där kommunerna, via Storsthlm, och Region Stockholm, via Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, finns representerade.

Ledningsgruppens uppdrag är att:

- initiera samverkan inom gemensamma utvecklingsområden och skapa gemensamma målbilder
- uppmärksamma brister i samverkan och undanröja hinder i syfte att stötta utvecklingen av vård och omsorg
- ömsesidigt informera varandra om parternas verksamhet och om insatser för målgrupperna
- följa, och vid behov regionalisera, nationella initiativ och satsningar av relevans för samverkan inom Stockholms län

#### **Storsthlm**

Storsthlm är en medlemsorganisation för de 26 kommunerna i Stockholms län. Storsthlm driver regional utveckling och samverkan på uppdrag av medlemmarnas ledningar i politik och förvaltning och syftet är att stärka kommunernas möjligheter att nå sina mål inom välfärd och service till medborgarna.

Storsthlm arbetar genom att på kommunernas uppdrag stimulera samverkan och leda projekt som möter invånarnas behov av effektiva, hållbart finansierade välfärdstjänster av hög kvalitet. Storsthlm har inget eget mandat utan får uppdrag av medlemmarna = kommunerna. Frågorna handlar ofta om samverkan kommunerna emellan, mellan kommunerna och landstinget eller med andra regionala aktörer som Länsstyrelsen, Arbetsförmedlingen och Migrationsverket.

För att genomföra politiskt beslutade uppdrag har Storsthlm ett kansli med ett 50-tal medarbetare. Uppdragen genomförs i nära samverkan med medlemmarna och ofta även tillsammans med externa

parter såsom landstinget och länsstyrelsen. Inom kansliet finns också kommunernas gemensamma gymnasieantagning, en operativ verksamhet som svarar för antagning till gymnasieskolorna, elevstatistik och ekonomiska underlag till kommunerna.

### **Region Stockholm**

Region Stockholm består av politiska organ på olika nivåer och inom olika verksamhetsområden, samt en förvaltningsorganisation. Den politiska organisationen omfattar regionfullmäktige, regionstyrelse, nämnder, utskott, samt beredningar.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att det finns ett utbud av hälso- och sjukvård som svarar mot befolkningens behov, samt för tandvård och vissa insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Nämnden ska se till att hälso- och sjukvården styrs, samordnas och utvecklas på ett sådant sätt att de samlade resurserna anpassas till befolkningens behov och bidrar till förbättring av hälsotillståndet. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen tecknar avtal med vårdgivare på uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden. Avtalen reglerar bland annat samverkan - se bilaga 7!

I januari 2019, då Region Stockholm bildades, tillkom bland annat en kunskapsstyrningsnämnd. De tidigare sjukvårdsstyrelserna upphörde.

### **BUSSAM – gäller barn med behov av särskilt stöd**

BUSSAM är en tjänstemannagrupp med cheftjänstemän från Storsthlm och landstinget som svarar för det regionala arbetet med barn och ungdomar som behöver särskilt stöd. Gruppen träffas flera gånger per år för att förvalta, samarbeta och utveckla samverkan.

BUSSAM har i uppdrag att följa upp länets samverkan kring barn i behov av särskilt stöd och uppföljning sker en gång per år. Arbetet utgår ifrån BUS-överenskommelsen (2012). (se avsnitt 7.2)

Ett sekretariat är knutet till BUSSAM. Det bemannas av tjänstemän från Storsthlm och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

I varje kommun finns lokala BUS-grupper där samverkan mellan landsting och kommun sker i enlighet med intentionerna i BUS-överenskommelsen.

### **Regionala samrådet för missbruk och beroende**

I regionala samrådet ingår cheftjänstemän från socialtjänsten, landstingets Hälso- och sjukvårdsförvaltning, primärvården, psykiatrin och beroendevården samt från kriminalvården. Samrådet följer upp överenskommelsen kring missbruk/beroende. Ett sekretariat är knutet till Regionala samrådet, som bemannas av tjänstemän från Storsthlm och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

I många av kommunerna finns lokala samrådsgrupper där samverkan mellan landsting och kommun sker i enlighet med överenskommelsen om samverkan kring personer med missbruk/beroende.

### **Regional organisation för Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård**

Det finns en regional organisation för ledning och styrning kring projektet samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

Kommunerna och landstinget har tecknat en tillfällig överenskommelsen mot bakgrund av lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Överenskommelsen innefattar rutiner och riktlinjer för samarbetet. Den tillfälliga överenskommelsen löper t. o. m den 31/12 2019.

## Forsknings- och utvecklingsenheter, FOU

Inom Stockholms län finns sex Forsknings- och utvecklingsenheter, FoU. Fyra av dessa ägs gemensamt av Region Stockholm och av några av kommunerna i länet (övriga ägs enbart av kommuner i länet). De samfinansierade FoU:erna ägnar sig bland annat åt forskning, utvecklingsarbete och implementering kring äldre med behov av samverkan från bägge huvudmännen.

### 7.2 Samverkansöverenskommelser

De samverkansöverenskommelser som finns mellan Region Stockholm (genom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen) och länets kommuner (genom Storsthlm) redovisas i tabell 1. Här framgår syfte, målgrupp och om överenskommelserna är aktuella eller ej. Se bilaga 6 för utökad information kring samverkansöverenskommelserna.

Tabell 1.

Överenskommelse	Syfte	Målgrupp	Aktuell
<i>Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård</i>	Att hålla ledderna mellan slutenvård på sjukhus och vård i omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende så korta som möjligt.	Individer som efter utskrivning från slutenvård, behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppenvården.	Ja
<i>Samverkansavtal IT- tjänst för in-och utskrivning i slutenvården mellan kommun/ stadsdelsnämnd och Stockholms läns landsting</i>	Att säkerställa en trygg övergång mellan landstingets och kommunens ansvarsområden.	Individer i alla åldrar aktuella för vårdövergångar.	Ja
<i>Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård</i>	Att främja den enskildes/patientens autonomi, beslutsförmåga, delaktighet och integritet, samt hög patientsäkerhet.  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.	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.	Ja
<i>Andningshjälp i hemmet</i>	Att minimera det olika antal personer som ger hjälp i hemmet och skapa	Individer som bor i ordinärt boende och har behov av både stöd i hemmet enligt	Nej. Tidigare överenskommelse sades upp 2016 och

	förutsättningar för en säker hälso- och sjukvård. Vidare reglerade samverkansöverenskommelsen kostnadsfördelningen mellan parterna.	Socialtjänstlagen, Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, Lag om assistansersättning eller Skollagen och hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet i form av andningsstöd.	ett nytt förslag till överenskommelse avvaktas med anledning av Regeringens tilläggsdirektiv <b>Dir. 2018:35</b> till LSS-utredningen.
<i>Försöksperiod mellan kommuner och hjälpmedelscentraler i Stockholms län avseende tekniska hjälpmedel</i>	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).	Individer oavsett ålder som är i behov av hjälpmedel.	Nej (Överenskommelsen gäller inte. En ny överenskommelse om kostnadsfördelning av hjälpmedel kommer att tas fram under våren 2019).
<i>Samverkan kring personer med missbruk/beroende</i>	Att samarbeta kring personer som missbrukar/är beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.	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.	Ja
<i>Samverkan kring personer med missbruk/beroende av spel om pengar - Tilläggsöverenskommelse</i>	Förbättra förutsättningarna för personer med ett missbruk/beroende av spel om pengar att få vård, stöd och behandling. Förbättra information, råd och stöd till anhöriga/närstående. Utveckla samverkan mellan kommunerna och landstinget.	Personer med ett missbruk/beroende av spel om pengar. Anhöriga och närstående i behov av råd och stöd (i begreppet inkluderas även barn).	Har antagits i Storsthlmns styrelse december 2018 och förväntas antas i de 26 kommunerna och i HSN under våren 2019.
<i>Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning</i>	Att samarbeta 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	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	Ja

	riktlinjer inte ger tydlig vägledning om ansvarsgränser.	kan antas komma att bestå under en längre tid.	
<i>Samverkan kring barn i behov av särskilt stöd (BUS)</i>	Att stödja det lokala gemensamma arbetet mellan landstingets och kommunens verksamheter.	Barn under 18 år som är i behov av särskilt stöd från skolan och/eller socialtjänsten samt från hälso- och sjukvården.	Ja
<i>Sammanhållen överenskommelse om vård- och omsorg för äldre</i>	Att utgöra en grund och ett stöd för det gemensamma arbetet mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i länet på lokal nivå, samt klargöra ansvarsgränserna.  Att eftersträva en effektiv samhällsekonomisk resursanvändning genom att verksamheter samverkar så effektivt som möjligt för att individen ska få uppleva en sammanhållen vård.	Individer som är 65 år och äldre. I respektive delöverenskommelser anges ytterligare specifikation av målgrupp för aktuell delöverenskommelse.	Ja
<i>Samverkan vid vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt</i>	Att utgöra en grund och ett stöd för kommunen och landstingets gemensamma arbete på lokal nivå.	Individer oavsett ålder med demenssjukdom eller kognitiv svikt.	Ja
<i>Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län angående uppsökande verksamhet för vissa äldre och funktionshindrade</i>	Att förtydliga det för landsting och kommun, gemensamma ansvaret för uppsökande verksamhet (munhälsobedömning och munvårdsutbildning).	Individer som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt hälso- och sjukvårdslagen och som har ett varaktigt behov av omfattande vård och omsorgsinsatser, varaktigt och omfattande behov av hemsjukvård, omfattas av lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, samt bor i ordinärt boende och har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser.	Ja
<i>Överenskommelse om omhändertagande av avlidna mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län</i>	Att tydliggöra kostnader, administrativa rutiner och ansvarsfördelningen gällande transport av avlidna och bårhusförvaring.	Individer som avlider inom kommunernas särskilda boendeformer där kommunen är sjukvårdshuvudman, det vill säga särskilt boende och dagverksamhet enligt socialtjänstlagen och boende	Har antagits av Landstingsfullmäktige november 2018 och förväntas antas av Storsthms styrelse

		med särskild service och daglig verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade.	och kommunerna under våren 2019.
--	--	---	----------------------------------

### Svårigheter med nuvarande samverkansöverenskommelser

Uppföljning av överenskommelser på övergripande nivå saknas för många överenskommelser, vilket innebär att det saknas kännedom om hur väl nuvarande överenskommelser leder till att samverkan kring individer uppnås.

Det saknas en tydlig gemensam process för hur nya överenskommelser ska arbetas fram. Det finns ingen formulerad gemensam värdegrund eller tydliga gemensamma mål på övergripande nivå för samverkansöverenskommelser.

### Reglering av samverkan i avtalen mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och vårdgivare

Region Stockholm reglerar samverkan med kommunerna i avtal med sina vårdgivare. Se bilaga 7.

### 7.3 Pågående samarbete kommun – landsting för enskilda individer

De pågående samarbetena mellan Region Stockholm (genom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen) och länets kommuner (genom Storsthlm) redovisas i tabell 2. med beskrivning av syfte och målgrupp. Se bilaga 8 för utökad information kring samarbetena.

**Tabell 2.**

Samverkan	Syfte	Målgrupp
<i>Samverkan i samordningsförbund</i>	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.	Individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser.
<i>Origo</i>	Resurscentrum mot hedersrelaterat förtryck och våld för Stockholms län.	Individer i åldern 13 till 26 år som utsätts för hedersrelaterat förtryck och våld.  Yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården, myndigheter, frivilligorganisationer och andra yrkesverksamma som möter unga som lever med hedersnormer.

<i>MiniMaria</i>	Att ungdomar med eller i riskzon för drogmissbruk och deras familjer får stöd och hjälp som leder till drogfrihet.	Individer under 20 år och deras föräldrar.
<i>Ungdomsmottagningar</i>	Att ge ungdomar hjälp och stöd i frågor kring sexualitet, självkänsla, relationer, tonårsutveckling, preventivmedel, könssjukdomar och andra gynekologiska besvär.	Individer upp till 23 år.
<i>Familjecentraler</i>	Hälsofrämjande, generella förebyggande och stödjande insatser till föräldrar och barn.  En mötesplats för föräldrar och barn.  Stärka det sociala nätverket runt barn och föräldrar.  Erbjuda lättillgängligt stöd.  Vara ett kunskaps-och informationscentrum.	Föräldrar och barn, samt föräldrar som väntar barn.
<i>Operation kvinnofrid</i>	Att verka för ett samhälle fritt från våld.	Våldsutsatta vuxna och barn som upplever våld samt våldsutövare.

## 8. Stockholms län - legala förutsättningar

*Fakta i detta avsnitt kommer från jurister inom Stockholms stad och Region Stockholm och behandlas mer utförligt i bilaga 9.*

### **Överenskommelse är rätt benämning**

Från juridiska premisser avråds från att benämna en tänkt överenskommelse mellan landstinget och kommunerna som ett *avtal* om ansvarsfördelning eller motsvarande. 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.

### **Ansvarsfördelningen är lagstyrd**

Respektive huvudmans ansvar följer av lagstiftning, främst hälso- och sjukvårdslagen HSL, socialtjänstlagen SoL, och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade LSS.

Landstinget 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.

Kommunen – via 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

Kommunen har också enligt HSL ansvar för hälso- och sjukvård upp till och med sjuksköterskenivå för äldre och personer med funktionsnedsättning inom vissa insatser - särskilda boendeformer samt dagverksamhet. Ansvar för inbegriper habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. När det gäller landstingets ansvar för läkarinsatser i samband med dessa insatser finns särskilda bestämmelser om avtal mellan huvudmännen.

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.

### **Huvudmannaskap kan inte avtalas bort – men huvudmännen ska samarbeta**

Huvudmannaskap för verksamhet enligt lag kan inte avtalas bort. Det finns däremot stora möjligheter för kommun och landsting att anlita annan för att utföra tjänster. När så sker genom till exempel upphandling av leverantör av hälso- och sjukvårdstjänster eller hemtjänst, så kommer huvudmannen fortfarande ha det yttersta ansvaret för att de upphandlade tjänsterna genomförs med god kvalitet.

På grund av kompetensreglerna i kommunallagen HSL, SoL samt anknytande lagstiftning (till exempel inom upphandlingsområdet) har kommun respektive landstinget begränsade möjligheter att erbjuda varandra tjänster.

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

Lagkrav om samverkan mellan huvudmännen:

- Läkarmedverkan och samverkan kring hjälpmedel mm i särskilda boendeformer och dagverksamhet
- Överenskommelse om samverkan kring vissa grupper ska finnas. Det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning, barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet och personer med missbruk
- Samordnad individuell plan (SIP) upprättas för personer som har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård
- Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård styr samverkan mellan SLL och kommun samt betalningsansvar när en patient skrivs ut från sjukhus

### **Avtalssamverkan enligt Kommunallagen**



En ny regel om avtalssamverkan har införts i kommunallagen: En kommun eller ett landsting får ingå avtal om att någon av dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller annat landsting (avtalssamverkan).

Det krävs dock att det finns någon form av rättsligt stöd för att det ska vara kompetensenligt 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.

### **Hinder för samverkan**

Svårigheter och hinder för samverkan kan i huvudsak hänföras till tre grunder:

- kompetensregler och upphandling,
- huvudmännens budgetansvar
- olika sekretessbestämmelser

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 för ansvarsfördelningen försvåras på grund av huvudmännens respektive budgetansvar. Kostnader och budgetansvar 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.

Ofta framförs sekretessen som ett hinder för samverkan. Huvudregeln är att det råder sekretess mellan kommun och landsting samt mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det är 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.

### **Tänkbara lösningar**

En överenskommelse om samverkan mellan kommun och landsting som kan förbättra samverkan mellan huvudmännen behöver tydliggöra:

- former för samarbetsorganisation,
- rutiner för hur samarbetsproblem ska lösas när det finns olika meningar om ansvar

En överenskommelse behöver innehålla mer preciserade principer för ansvarsfördelning inom vissa områden till exempel för personer, som behöver både hemtjänstinsatser och omfattande hälso- och sjukvård, eller för personer inom socialtjänstens socialpsykiatri.

Socialtjänst respektive hälso- och sjukvård är ofta kommunicerande kärl, 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.

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, exempelvis schablonfördelning av kostnader för insatser i den enskildes hem.

## **Något om konfliktlösning vid olika tolkning av överenskommelse**

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 om kostnader till viss nivå. Samrådsgrupperna ska kunna lösa både individärenden, som kan ha en principiell eller strukturell betydelse, och samverkansproblem av mer generell karaktär.

Om den lokala samverkansgruppen inte kommer 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.

## **Vad händer om inte alla länets kommuner vill ingå en eventuell blivande överenskommelse?**

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

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.

## **9. Digitalisering – infrastruktur för samverkan**

Inom Stockholms län finns ett uttalat mål att använda digitalisering för att nå en sömlös hälsa, vård och omsorg med hög kvalitet. Individerna ska inte märka att olika huvudmän och vårdgivare är inblandade - stödet ska fungera sammanhållet efter det individuella behovet. Det innebär en service där olika aktörer knyts ihop för ökad snabbhet, enkelhet, tillgänglighet och kvalitet.

### **Pågående samverkan – behov av vidareutveckling**

Inom länet finns en lång historia av samarbete för att skapa effektivare vårdprocesser med stöd av digitala lösningar. Sedan 2015 regleras samarbetet mellan Stockholmskommunerna och SLL genom Digital agenda Storstockholm samt via ett samarbetsavtal mellan Storsthlm och landstinget.

De senaste åren har digitaliseringsambitionerna ökat i länets kommuner och landstinget och det pågår stora utvecklingsprojekt kring informationshantering. Det gemensamma arbetet har gett flera goda resultat, men utvecklingen är alltför långsam ställd mot verksamheternas behov, invånarnas förväntningar och de kostnader som ineffektiva kontaktvägar, dubbelarbete och brutna informationsflöden medför.

En utvecklad digitalisering behövs för ett utökat samarbetet mellan vård- och omsorgsaktörer. Invånarna i länet förväntar sig att den digitala servicen fungerar bra och säkert. Medarbetare behöver tillgång till information. Frågorna är komplexa och går inte att lösa utan samarbete. För att kunna samverka digitalt finns behov av digitalt stöd, utformade enligt helt andra principer än nuvarande IT-stöd som närmast är att betrakta som isolerade öar.

### **Teknik på nya och samordnade sätt mellan sjukvård och omsorg**

Allt mer sjukvård sker utanför sjukhusen och primärvårdens ansvar för att koordinera den nära vården ökar. Personer med svåra sjukdomar behöver också kommunal omsorg i sitt hem.

Den digitaliserade vården kan samordnas och underlättas med reglerade normer och tydlighet i ansvar, till exempel samma sensor levererar ibland information till sjukvården och är ibland underlag för ett trygghetslarm från socialtjänsten och används också för kontakten mellan individ och verksamhet.

Digitalisering möjliggör en mer nära vård. Den ökar möjlighet till egenvård och vård i hemmet. Insatserna flyttar från sjukhus till hemsjukvård, från sjuksköterska via delegering till hemtjänst och kanske från delegerad vård till egenvård med stöd av omvårdnadspersonal. Med det följer krav på att hemtjänst med flera att kunna stödja den enskilde i all teknik som flyttat in i hemmet. Hur fungerar den smarta vågen, paddan som ska användas för självregistrering av vården eller sensorerna för monitorering? Det finns risk att underskatta betydelsen av att de här frågorna regleras i ett framtida samverkansavtal.

Utveckling och former för att erbjuda virtuellt möte ger nya möjligheter för vårdgivare inom landstinget och kommunerna samt digitala aktörer. Ordnade former för dialog, samverkan och samarbete är ytterst viktiga.

Vården bör tydligare stödja individen att ta eget ansvar för sin hälsa. Stödet till egenvård skall utvecklas genom strukturerade erfarenhetsutbyten, dialog och samverkan. Egenvården behöver behovsanpassas - olika grupper i samhället har olika behov och förmåga att förvärva, förstå och tillämpa hälsorelaterad information.

## **Nutidssäkring**

Hälsa, vård och omsorg har i likhet med övrig offentlig sektor inte varit lika framgångsrika som andra branscher som till exempel bank och resebransch inom digitaliseringens möjligheter. Här kommer några exempel på rutiner som förväntas fungera digitalt i dagens hälsa, vård och omsorg, men som ännu inte finns.

- Säker digital kommunikation. Till exempel pågår nu ett arbete med att etablera digitala stöd för säker meddelandehantering och säkra videomöten mellan olika vårdgivare i länet. Landstinget har en säker meddelandetjänst i 1177 till invånaren medan kommunerna inte har det.
- Samtyckeshantering. Idag saknas ett digitalt stöd för invånaren att lämna och återta samtycke för att information ska kunna lämnas vidare mellan huvudmän där sekretess gäller
- Läkemedelsinformation
- Olika vårdgivare kan inte digitalt boka tider hos varandra.
- Digitalt stöd för samordnad individuell plan i länet (till exempel vid utskrivning från slutenvård)
- Avvikelsehantering
- Säker digital kommunikation för att lämna information om status
- Orosanmälan för barn
- Rehabilitering och hjälpmedel – landstinget kontra kommuner

## **Olika tekniska lösningar inom verksamheterna blir ett hinder i vårdkedjan**

De digitala lösningarna har över tid styrts, upphandlas och införts i respektive organisation utan någon tydlig nationell eller regional samordning. Det innebär ett bristande stöd i de många vårdprocesser som löper över organisationsgränserna. Organisationernas olika lösningar tvingar personal att dubbelarbeta i strukturer som inte klarar automatiska flöden av delad information. Personal tvingas

istället manuellt utföra det som skulle kunna uppnås automatiskt. Detta påverkar starkt effektiviteten och arbetsmiljön i berörda yrken. Det stora antal faxar som vi fortsatt har i bruk är ett tydligt exempel på detta.

För att använda digitaliseringen som hävstång för en sömlös vård och omsorg behöver den samordnade digitala tillgängligheten öka. Det leder till ökad vårdsamverkan, patientsamverkan, säkrare uppföljningar av vården, ökad patientsäkerhet och minskad administration för såväl vårdpersonal som handläggare.

Framtida hantering av information mellan olika organisationer måste ske på ett standardiserat sätt. Att standardisera är inte en uppgift som respektive organisation kan lösa, utan det måste lösas på systemnivå. Oftast bör standardiseringen vara på internationell eller nationell nivå. Det viktiga är att länet inte dubbeljobbar med den nationella nivån utan vad länet genomför och att leveransen överlämnas/återanvänds på den nationella nivån.

Om utvecklingen ska stimuleras behöver nya ersättningsmodeller införas. Ett exempel är det arbete som pågår för att möjliggöra ersättning för arbetsgivare inom internetbaserad KBT. (Kognitiv Beteendeterapi). Möjlighet att ge vårdgivare ersättning kan utvecklas men förutsätter samverkan i strukturerad form och tydligt avtalsstöd.

Utvecklingen går mot en verksamhetsförnyelse där förvaltningen bland annat ser över avtalsprocessen och sina arbetssätt för att åstadkomma effektiviseringar. Behovet av ordnad struktur, samverkan och samarbete är stort.

## **Interoperabilitet**

För att myndigheter och andra aktörer ska kunna utbyta information behöver olika system kunna fungera tillsammans, så kallad interoperabilitet.

För att samverkan ska ske över organisationsgränser måste alla inblandade parter ha bestämt sig för hur vi ska samverka. Med fokus på förbättringsarbete ska standardiserade arbetssätt införas för att kunna förbättra processer samt för att kunna säkerställa jämn kvalitet.

## **Teknisk interoperabilitet**

Inom länet har finns enighet om att vi ska kommunicera digitalt även om alla inte arbetar i samma IT-system. Det ger särskilda utmaningar där vi på ett standardiserat och överenskommet sätt behöver hantera både infrastruktur/arkitektur/masterdata.

Att kommunicera digitalt utan att arbeta i samma IT-system kräver att ett antal komponenter är etablerade i länet. Kortsiktiga lösningar är att använda de gemensamma systemstöd som finns bland annat Nationell patientöversikt och lösningar för säker digital meddelandehantering.

## **Juridisk interoperabilitet - Lagrum för Hälso- och sjukvård**

Inom hälso- och sjukvården reglerar patientdatalagen möjligheten till sammanhållen journalföring och direktåtkomst till information över vårdgivargränser. En sammanhållen journalföring innebär att olika vårdgivare, privata som offentliga, kommun- som landstingsfinansierade och helt privata, kan dela med sig av sin vårddokumentation till varandra genom direktåtkomst.

Sammanhållen journalföring regleras utifrån att vårdgivare tillgängliggör information och att vårdgivare tar del av de aktuella uppgifterna.

Varje vårdgivare ansvarar för sin journal och en patientjournal kan inte vara gemensam för flera vårdgivare. Det hindrar dock inte att flera vårdgivare använder samma journalsystem för sin journalföring.

Patientdatalagen tillåter att vårdgivaren gör det möjligt för patienten att bidra med information elektroniskt till sin egen journal. Patientdatalagen innehåller bestämmelser om hur sammanhållen journalföring får användas om individer tillfälligt, eller mer varaktigt, saknar förmåga att ta ställning till informationshanteringen.

### **Juridisk interoperabilitet - Lagrum för Socialtjänst**

I dagsläget saknas bestämmelser som tillåter sammanhållen journalföring och direktåtkomst inom socialtjänsten. Det saknas även bestämmelser som tillåter direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Direktåtkomst mellan lagstiftningsområdena finns varken reglerat i hälso- och sjukvårdslagstiftningen eller i socialtjänstlagstiftningen.

### **Lagrum ger möjlighet till Elektroniskt utlämnande**

Även om direktåtkomst inte är tillåtet finns det möjligheter att på annat sätt lämna ut uppgifter elektroniskt mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Uppgifter, som med stöd av den enskildes samtycke, eller efter en sekretessprövning, får lämnas ut kan också lämnas ut på medium för automatiserad behandling. Det innebär att uppgifter kan lämnas ut elektroniskt exempelvis på CD, USB eller genom filöverföring.

## **10. Omvärldsspaning – samarbetsavtal i andra regioner**

*Fakta i detta avsnitt kommer från en jämförande studie som behandlas mer utförligt i bilaga 2*

### **Samverkan mellan huvudmän är svårt**

Det har under lång tid framkommit erfarenheter som visar på hur svårt det är att få till en bra och patient/brukarcentrerad samverkan över huvudmannagränserna.

En rad olika utredningar har pekat på att samverkansprocesser kräver mer av en gemensam helhetssyn på målgrupper och enskilda individers behov. Samsyn finns beskriven i olika avtal- och styrdokument mellan parterna, men samsynen bryts 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 för.

Utvärderingar av samverkansavtal mellan landsting, regioner och kommuner pekar ofta på brister/svårigheter när det gäller:

- implementering av samverkansavtal
- ett ofta obefintligt fortsatt stöd för samverkan efter att avtalen slutits
- olika styrningsimpulser för respektive huvudman
- oklara ansvarsroller
- skilda lagrum
- det svåra utbytet av vårddokumentation, gör att samverkan enligt intentioner och avtal är svåra att få till
- misstänksamhet mot den andra parten - i verksamheter med uppenbara begränsningar av resurser och med tydligt fokus på kostnads kontroll uppkommer lätt misstankar om att en part försöker 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.

## 10.1 Västra Götaland – Nytänkande process

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland omfattar alla de områden där avtalsparterna har ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar dvs där kommunerna ansvarar för sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, och med regionens ansvar för läkare och övriga kompetenser. (hemsjukvård, särskilt boende, dagverksamhet) Regionen ansvarar för rehabiliterings- och habiliteringsinsatser som inom primär- och specialistvård. Avtalet blev aktivt 2017-04-01 och gäller till 2020-12-31.

Avtalet innehåller ett antal utvecklingsåtaganden samt i anslutning till detta beskrivs utmaningarna för att nå målen.

### ➤ **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.

- Knäckfrågor identifierades tidigt och lösningar arbetades fram i gränsöverskridande grupper.
- Inriktning på att lära av varandra. I work-shops, kick-off och liknande utgick man från fallbeskrivningar. Det fanns en spridning av aktiviteter i olika regionala och länsammanhang.
- Fokus på kommunikation, lättillgängliga skrivningar av avtalsförslag, lathundar och vägledning.

Avtalet utvecklades och formerades, med basen utifrån den gemensamma värdegrunden och med fokus på att hitta samverkanslösningar utifrån individfokus och nytta.

### ➤ **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 vårdsamverkansorgan. 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**

Enligt avtalet ska utvärdering ske årligen. Det finns 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 är att denna uppgift inte resursatts efter avtalsslutet. Ofta underskattas betydelsen av att processen måste verka vidare in i en djupare implementering så att chefslinjerna berörs även efter avtalsslut.

### ➤ **Resultatet i detta läge -varierande**

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 sker 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. 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 följeutvärderingsarbete.

## 10.2 Skåne – fokus på nytänkande och samverkanslösningar

Grunderna för Hälso- och sjukvårdsavtalet i Skåne 2016 beskrivs som en form av ”utvecklingsavtal” mellan huvudmännen. I botten ett mer traditionellt grundavtal som kompletterades med en ytterligare avtalsdel i form av en sorts ”letter of intent”

Avtalet är 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.

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.
- Utöver detta finns målsättningen att utveckla samordnad rehabilitering på basnivå som även inkluderar hjälpmedelsförsörjningen över huvudmannagränserna.

Avtalet uppmanar till utveckling och nytänkande kring insatser för de tre målgrupperna.

### ➤ **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 hur huvudmännens lagreglerade ansvar ser ut.

### ➤ **Begränsningar i de stödande 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 stärker möjligheter för implementering av avtalet.

### ➤ **Ny samverkansstruktur för implementering**

Genom Hälso- och sjukvårdsavtalet sätts en ny samverkansstruktur som ska hålla i intentionerna utifrån avtalet och arbeta med samt bevaka implementeringen. 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, men som inte kunnat sammanställas som tänkt. Däremot har ett uppföljningsavtal slutits med en följeforskningsansats som ska utföras under perioden 2017 till 2020 av KEFU, Ekonomihögskolan inom Lunds universitet.

## ➤ **Resultatet i detta läge – olika takt**

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.

KEFU, som bedriver följeforskningsinsatserna, har lämnat en första rapport inom delområdet ”Uppföljning och etablering av vårdformen mobilt vårdteam”. Rapporten konstaterar att variationen i etablering av den nya vårdformen (mobilt vårdteam i samverkan mellan kommun och Region Skåne) är stor.

En revisionsrapport har gjorts om hur väl läkarstödet från vårdcentralerna har fungerat för att tillsammans med kommunerna utgöra de mobila vårdteam som riktas till målgrupperna mest sjuka och tidvis sviktande. Där konstateras att med nuvarande modell för läkarstödet till den kommunala hälso- och sjukvården är det osäkert om vårdcentralerna inom Skånes vårdvalssystem har den kapacitet som behövs för att klara åtaganden inom vårdformen mobilt vårdteam.

### **Slutsatser från båda fallstudierna Västra Götaland och Skåne**

- Hälso- och sjukvårdsavtalen sätter fokus på behov av samverkan. Frågor kring och brister i samverkan lyfts till högsta ledningsnivå.
- Det finns stora fördelar med att samverkansavtal byggs upp och sluts på liknande grunder så att verksamheterna kan få överblick och ägna mindre tid åt återkommande avtalsarbeten.
- Nya arbetsmetoder börjar utvecklas för att öka lärande och samsyn när hälso- och sjukvårdsavtalen arbetas fram. Utvecklingen kan beskrivas som en modernisering.
- Arbetsätten börjar förändras från slutna, expert- och toppstyrda processer till öppna och dialogbaserade processer med hög grad av involvering och kommunikation. Det finns dock mycket kvar att utveckla och professionalisera i denna utveckling.
- Det finns en framväxande kunskapsmassa om de ömsesidiga vinsterna av fungerande samverkan mellan huvudmännen kring komplexa och resurskrävande patientgrupper – inte minst för patienter och anhöriga. Men dessa ”vinna-vinna-effekter” behöver lyftas mer tydligt.
- Att bygga in utvecklingsmål i hälso- och sjukvårdsavtal mellan huvudmännen är ett intressant angreppssätt. Men man utsätter sig samtidigt för en stor risk om man skulle misslyckas med målsättningarna kring utvecklingen.
- Hälso- och sjukvårdsavtalen måste beredas och resursplaneras även efter avtalsslut - 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.

### 10.3 Jämförelse med förutsättningar för 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 jämförelsevis 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.

Faktum är att betydligt mindre landsting och regioner har haft svårare än många större landsting och regioner att komma till samverkan.

## 11. Analys och slutsatser

### **Sammanfattande resultat av förstudien**

Förstudien beskriver nuvarande samverkansformer mellan landstinget och kommunerna i Stockholms län, legala förutsättningar för en övergripande samverkansöverenskommelse, omvärlds- och framtidsspaning samt pågående utvecklingsarbete. En av anledningarna till att förstudien initierades var att projektet "hemsjukvård 2020", avslutades utan att nå fram till samsyn, vilket visade på behov av att förbättra ledning och struktur för samverkan mellan kommunerna i länet och landstinget.

Nulägesanalysen nedan visar att det finns ett stort behov av att gemensamt utveckla nuvarande samverkansformer och att gemensamt ta fram "principer" för samverkan. Det är juridiskt möjligt att gemensamt ta ett helhetsgrepp kring samverkan i länet. Framtidsspaningen visar att det är nödvändigt att agera nu. Det finns stora behov av att gemensamt utveckla smartare digitala lösningar och digitaliseringen skulle dessutom kunna fungera som en "möjliggörare" för en överenskommelse kring samverkan.

### **Ändrad benämning: överenskommelse om samverkan inom hälsa, vård och omsorg**

Från juridiska premisser avråds från att benämna en tänkt överenskommelse som ett *avtal*. Benämningen överenskommelse är att föredra (se avsnitt 8).

Behovet av samverkan mellan huvudmännen är mycket stort inom många områden. Hälso- och sjukvården - både den som landstinget ansvarar för och den som ligger inom kommunens ansvar - behöver samverka med andra närliggande verksamheter. Detta talar för att en eventuell kommande överenskommelse bör omfatta mer än hälso- och sjukvård. Målgrupp blir personer som har behov av samverkande insatser från båda huvudmännen.

Benämningen Hälso- och sjukvårdsavtal föreslås därför ersättas med överenskommelse om samverkan inom hälsa, vård och omsorg.

### **Framtidsspaning**

De demografiska förändringarna som sker i Stockholms län resulterar i ett behovs- och finansieringstryck inom hälso- och sjukvård och omsorg i en uppåtgående trend. Kartläggningar visar att landsting och kommuner är ömsesidigt beroende av varandra för att kunna hantera denna kostnadsutveckling. Det räcker inte att öka produktiviteten inom befintliga arbetssätt utan nya arbetssätt behöver komma till. Vidare visar kartläggningar på att det finns ett missnöje kring samordningen av hälso- och sjukvården och omsorgen i Sverige. En samverkansöverenskommelse skulle kunna vara en möjlig väg för att tydliggöra samverkan mellan parterna med syfte att gagna den enskilde individen.

### **Behov av fördjupad omvärldsbevakning**

Utifrån den omvärldsspaning som beskrivs i avsnitt 10 och beskrivningen av pågående nationella utredningar (avsnitt 6.2) blir det tydligt att huvudmännen i Stockholms län behöver samordna sig mer för att kunna arbeta mer effektivt kring vissa målgrupper än vad som tidigare gjorts. I ett fortsatt

utvecklingsarbete skulle huvudmännen kunna dra nytta av de lärdomar som gjorts i Västra Götaland och Skåne.

Det som utmärker framtagandet av Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland är särskilt processen för hur avtalet växt fram och sedan lanserats i regionen. Avtalet utvecklades och formerades utifrån en gemensam värdegrund och med fokus på att hitta samverkanslösningar utifrån individfokus och nytta. Det finns ett huvudavtal och underliggande överenskommelser kring vissa målgrupper. Västra Götaland tog fram avtalet med hjälp av en välstrukturerad process, dialogfokus med cirka 900 medarbetare för att nå ökad samsyn samt tack vare en stödjande organisering för samverkan.

Grunderna för Hälso- och sjukvårdsavtalet i Skåne beskrivs som ett traditionellt grundavtal som kompletterats med en avtalsdel i form av en ”avsiktsförklaring” (utvecklingsavtal) mellan huvudmännen. Avtalet är fokuserat på att parterna ska utveckla nya vårdformer i samverkan. En gemensam politiskt tillsatt styrgrupp beställde uppdraget att ta fram avtalet och i Skåne togs en ny samverkansstruktur fram för att ansvara för implementering och uppföljning av avtalet.

Erfarenheterna visar att välplanerade processer för att komma framåt i samverkan med stöd av avtal, bör bedrivas med inslag av bred dialog och gemensamma ”nyttor”. Håll systematiskt i ett ”patientperspektiv” utifrån såväl systemövergripande som operativ nivå. Lägg stor vikt vid att processen resurssätts och fortsätter som en aktiv stödprocess även efter avtalsbildandet.

Analysen för bägge regionernas arbete med Hälso- och sjukvårdsavtal visar att för lite resurser har lagts på arbete med uppföljning och implementering, efter det att avtalen har tagits fram och antagits.

### **Förutsättningar i 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 det finns många privata utförare både inom kommun och landsting. Tack vare att hemsjukvården inte växlats, har länet möjlighet att bygga upp egna riktade lösningar som exempelvis att anställa läkare direkt i de vårduppdrag man önskar. Länet har också möjlighet att i en framtida överenskommelse om samverkan inom hälsa, vård och omsorg väva in socialtjänstens insatser kring individer med behov av samverkan från bägge huvudmännen, på ett helt annat sätt än Västra Götaland och Skåne (som växlat hemsjukvården). Målgruppen i Stockholms län kan alltså innefatta alla åldrar, där behov av samverkan från bägge huvudmännen finns.

Det pågår redan inom länet en del utvecklingsprojekt rörande samverkan inom vård och omsorg som bör följas under 2019–2020 (avsnitt 6.3). Det är klokt att arbeta parallellt och samarbeta med andra pågående uppdrag under ett fortsatt utvecklingsarbete. Inom länet finns ett flertal goda exempel på fungerande samverkansformer mellan landsting och kommun såsom Ungdomsmottagningar, Minimarior och Familjecentraler (se avsnitt 7.3), som också bör följas parallellt i ett fortsatt utvecklingsarbete.

Omvärldsspaningen visar att nya gemensamma arbetsmetoder behöver utvecklas inom länet för att öka gemensamt lärande och samsyn. Ett framtida utvecklingsarbete kring en överenskommelse om samverkan kan innebära att fokus sätts på *behov av* samverkan, vilket kan medföra att frågor kring, och brister i, samverkan lättare kan lyftas till högsta ledningsnivå.

### **Samverkan med individen i fokus**

Idag finns drygt 10 överenskommelser mellan Stockholms läns landsting/Region Stockholm (genom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen) och länets kommuner (genom Storsthlm) som är av olika struktur. Vissa av överenskommelserna beskriver främst de legala föreskrifter som reglerar samverkan mellan huvudmännen, medan andra överenskommelser även beskriver hur samverkan ska fungera, vilken

huvudman som är ansvarig för insatser och vilken huvudman som har det ekonomiska ansvaret. Överenskommelsen *Samverkan kring personer med missbruk/beroende* är ett exempel på en överenskommelse där landstingets och kommunernas åtaganden tydligt framgår. Den tidigare gällande överenskommelsen *Försöksperiod mellan kommuner och hjälpmedelscentraler i Stockholms län avseende tekniska hjälpmedel* som landsting och kommuner fortfarande arbetar efter är ett annat exempel där kostnadsfördelningen tydligt framgår.

Skillnader mellan överenskommelserna finns också i organisationsstrukturen. De flesta överenskommelser saknar en stödjande organisation efter att de antagits. Några få överenskommelser har ett regionalt råd (till exempel Regionala samrådet för missbruk/beroende och BUSSAM) med syfte att följa upp och utveckla samverkan.

Något som är genomgående för flertalet överenskommelser är bristen på uppföljning. En komplicerande faktor är att när uppföljning sker görs det överlag inte i samverkan mellan huvudmännen. Detta innebär svårigheter att följa hur överenskommelser efterlevs. Det är svårt att veta hur det fungerar för den enskilde individen som är beroende av att huvudmännen samverkar ändamålsenligt. Det brister i vetskap om överenskommelserna är tillräckligt kända av alla dem som berörs inom landsting och kommuner och om förutsättningar ges för lokal samverkan.

Idag saknas en gemensam mall för upprättandet av nya överenskommelser och det saknas en gemensam plattform - med gemensam värdegrund och gemensamma mål för samverkan. Det saknas för närvarande också rutiner kring hur och när överenskommelser ska revideras.

En brist är att stöd för det lokala arbetet många gånger saknas efter det att en överenskommelse har antagits. Det innebär att det saknas kanaler för berörda parter att föra fram eventuella svårigheter som kan uppstå till exempel vid tolkning av överenskommelserna. Detta gäller för de överenskommelser som saknar ett regionalt råd, vilket är flertalet.

Det är av stor vikt hur information om nya och befintliga överenskommelser sprids till samtliga berörda för att ge förutsättningar för genomslag och efterlevnad av överenskommelsernas huvudsakliga syfte – att minska risken för att enskilda individer faller mellan stolarna.

### **Digitalisering ger möjligheter**

Mellan huvudmännen finns sedan många år tillbaka en god samverkan för att skapa effektiva vårdprocesser och förenklad administration med stöd av IT-tjänster. Det gemensamma arbetet har gett flera goda resultat men utvecklingen är alltför långsam.

En genomgång av de överenskommelser och avtal som upprättats mellan länets kommuner och landstinget visar på ett stort behov av digitala stöd. Digitalisering **möjliggör** en mer nära vård och omsorg, den ökar möjlighet till egenvård och den förenklar informationsutbytet kring individer med behov av samverkan från bägge huvudmännen.

Upphandling och styrning sker inom respektive organisation, vilket innebär bristande stöd i de många vårdprocesser som löper över organisationsgränser. Personal tvingas dubbelarbeta i flera system eller manuellt utföra uppgifter som skulle kunna automatiseras.

För att uppnå önskvärda och nödvändiga resultat kring digitalisering i den takt som krävs behöver huvudmännen komma överens om organisering, finansiering och arbetsformer för samverkan. Befintliga samarbetsavtal och överenskommelser mellan kommuner och landsting måste förnyas och anpassas till digitaliseringens behov av att det måste finnas tillräcklig, komplett och tillgänglig information som alla parter ska kunna lita på. Utöver det behöver nya ersättningsmodeller införas om utvecklingen ska stimuleras.

Arbetet med att förbättra samverkansformer kring digitaliseringsfrågor har redan startat, och ett pilotarbete kommer att påbörjas. På sikt föreslås digitaliseringssamarbetet ingå i en eventuell kommande överenskommelse om samverkan inom hälsa, vård och omsorg.

### **Juridiska möjligheter och begränsningar**

I avsnitt 8 framgår att det ur juridiska aspekter är möjligt att införa en samverkansöverenskommelse i Stockholms län men att det föreligger vissa begränsningar, så som att huvudmannaskap inte kan avtalas bort och det föreligger begränsade möjligheter för landsting respektive kommun att erbjuda varandra tjänster.

Länets samtliga kommuner behöver rent juridiskt inte vara parter i en övergripande överenskommelse om samverkan inom hälsa, vård och omsorg, men det kan underlätta rent praktiskt.

Samverkan har historiskt sett varit svårt och de hinder som har lyfts är bland annat kompetensregler, upphandling, huvudmannens budgetansvar, samt olika sekretessbestämmelser. Dessa hinder behöver tidigt lösas i samverkan mellan parterna för att den enskilde individen som är i behov av stöd till exempel för missbruk och psykisk ohälsa ska erhålla stödet. Det är av vikt att individer inte faller mellan stolarna där huvudmännen inte kan enas eller där lagstiftningen inte tydligt klargör vem som har ansvar för insatser som kan vara individen till hjälp och vilken huvudman som har det ekonomiska ansvaret för insatserna.

### **Vad skulle en överenskommelse om samverkan inom hälsa, vård och omsorg kunna innebära för Stockholms län?**

Med inspiration från Västra Götalandsregionen skulle "ett avtal" för Stockholms län kunna innebära en strukturförändring avseende hantering av överenskommelser. En övergripande överenskommelse tas fram som reglerar det gemensamma vård- och omsorgsansvaret mellan landstinget och länets kommuner. Den övergripande överenskommelsen fungerar som ett paraply för underöverenskommelser, som är lokala eller berör specifika målgrupper. Kommunerna kan välja att ingå eller inte ingå i de olika överenskommelserna. Med blick på Region Skåne skulle underöverenskommelser kunna vara en väg framåt mot utveckling av nya vårdformer i samverkan mellan huvudmännen, vilket kanske skulle kunna ske i samband med pågående arbeten/projekt såsom exempelvis sammanhållen seniorvård.

Ett regionövergripande samverkansorgan tillkommer som administrerar och följer upp överenskommelsen. Det skulle kunna resultera i att uppföljning sker i samverkan mellan huvudmännen och att en tydlig plattform skapas där huvudmännen ges möjlighet att diskutera eventuella oklarheter avseende ansvarsfördelning och kostnadsansvar, med möjlighet till långsiktig utveckling av överenskommelsen.

Av detta följer frågan gällande vilka målgrupper som kan komma att omfattas av en överenskommelse om samverkan inom hälsa, vård och omsorg inom Stockholms län. I Västra Götalandsregionen såväl som i Region Skåne har ingen segmentering av målgrupper skett varpå deras respektive Hälso- och sjukvårdsavtal omfattar alla områden som landsting och kommun enligt lag har ett gemensamt ansvar för. I Region Skåne beskrivs dock en ny typ av segmentering av målgrupper i utvecklingsdelen, nämligen de mest sjuka med långvariga behov, tidvis sviktande med behov av tillfälliga insatser, samt riskgrupper med symptom och funktionsnedsättningar som bör bemötas förebyggande. Att inte segmentera någon specifik målgrupp kan vara ett sätt att minska risken för gränsdragningskonflikter och därav följer minskad risk att individer som är i behov av insatser från landsting och kommun, på grund av begränsande målgruppskriterier inte får tillgång till insatser som de är i behov utav. Hur många individer som överenskommelsen kan komma att beröra är ytterligare en annan fråga.

Region Skånes utvecklingsdel för tankarna till om det finns ytterligare samverkansområden som inte finns beskrivna idag i överenskommelser mellan Stockholms läns landsting och länets kommuner, vilka skulle kunna vara aktuella i en överenskommelse om samverkan inom hälsa, vård och omsorg inom Stockholms län.

Huvudprincipen i Västra Götalandsregionens Hälso- och sjukvårdsavtal är att parterna var för sig har ett ekonomiskt ansvar för beslut, ordination och förskrivning som görs av respektive huvudman. I Region Skåne har respektive part ansvar för finansiering enligt det lagstadgade uppdraget enligt Hälso- och sjukvårdslagen samt enligt den grundöverenskommelse om ansvarsfördelning som gäller i Skåne. Huruvida detta resulterat i fortsatta tolkningssvårigheter eller inte, är inte klarlagt.

I både Västra Götalandsregionen och i Region Skåne har samtliga kommuner valt att ingå i ett hälso- och sjukvårdsavtal och det finns inga juridiska hinder mot en övergripande överenskommelse om samverkan inom Stockholms län, om inte alla kommuner väljer att ingå. Det kan dock medföra vissa administrativa svårigheter om inte alla kommuner väljer att ingå i överenskommelsen vilket är en aspekt som bör beaktas.

### **Gemensamma vinster med en övergripande överenskommelse om samverkan**

Utifrån beskrivningen i denna rapport, framstår ett fortsatt utvecklingsarbete kring en överenskommelse om samverkan inom hälsa, vård och omsorg som en bra investering för framtiden. Syftet med ett fortsatt utvecklingsarbete kring en övergripande överenskommelse om samverkan är att skapa en trygg och säker vård och omsorg för den enskilde samt en effektiv användning av samhällets resurser. Gemensamma vinster med en överenskommelse skulle för huvudmännen, och för målgruppen "individer med behov av samverkan från bägge huvudmännen", kunna beskrivas som:

- Individer med behov av samverkan från bägge huvudmännen får rätt vård och stöd, samordnat och i rätt tid
- Tydligare gemensam struktur för samverkan ger en sömlös vård som innebär ökad trygghet för individen
- En transparent och förutsägbar plattform och struktur för att samla arbetet mellan huvudmännen inom vård och omsorg ger bättre förutsättningar för att hantera snabba förändringar och svängningar (bland annat lagändringar)
- Möjligheter att sprida lokala erfarenheter via en ny samverkansorganisation och skala upp lyckade projekt
- Ett "paraply" där olika överenskommelser kan samordnas och utgå från gemensamma principer
- En väg att utveckla nya arbetssätt/nya vårdformer med högre grad av samverkan för att nå effektivare användning av resurser
- Digitalisering som utvecklas i samverkan förenklar, effektiviserar och stödjer samordning inom vården – samordnad information ger större trygghet för individerna
- En tydlig gemensam värdegrund och tydliga gemensamma mål med samverkan underlättar arbetet på alla nivåer
- Hinder för samverkan på alla nivåer löses genom en tydlig ledning och struktur för att lösa problem och tolkningar
- Hög kvalitet på samtliga samverkansöverenskommelser inom vård och omsorg bidrar till rättssäker vård och stöd till individerna
- Planering inför och genomförande av kontinuerligt stöd och lärande/metodutveckling kring samverkan ger fortsatt utveckling

### **En ny överenskommelse parallellt med annat utvecklingsarbete regionalt och nationellt**

Mycket pågår i omvärlden och hos huvudmännen som kan påverka ett fortsatt utvecklingsarbete. Det är klokt att samarbeta och arbeta parallellt med andra pågående uppdrag under ett eventuellt fortsatt utvecklingsarbete. Inom länet pågår exempelvis arbeten kring Region Stockholm, Sammanhållen seniorvård, samverkan enligt lagen om utskrivning från sluten hälso- och sjukvård och utveckling inom digitalisering (se avsnitten 6.3 och 9). I omvärlden pågår ett antal utredningar som kan påverka arbetet under de närmsta två-tre åren. (avsnitt 6.2)

## 12. Idéskiss om ett fortsatt uppdrag

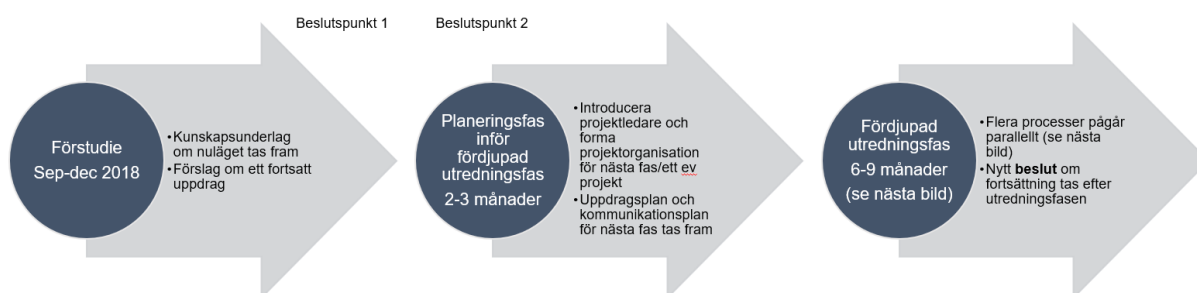
Målet med förstudien har varit att senast i januari 2019 tagit fram ett gemensamt kunskapsunderlag till parterna för ställningstagande till att medverka i ett utvecklingsarbete kring ett ”hälso- och sjukvårdsavtal” samt att förbereda det gemensamma arbetet genom att ha tagit fram ett förslag om ett fortsatt uppdrag. Förstudierapporten föreslås fungera som ett beslutsunderlag till VIS för inriktning framåt.

Som framkommit i analysavsnittet ovan visar kunskapsunderlaget att *det är juridiskt möjligt* att i Stockholms län fortsätta ett utvecklingsarbete med syfte att gemensamt ta fram en överenskommelse om samverkan inom hälsa, vård och omsorg i Stockholms län. Här nedan beskrivs en överskådlig plan på hur ett sådant arbete skulle kunna fortsätta.

**Individer med behov av samverkan från bägge huvudmännen** föreslås vara målgrupp för ett kommande utvecklingsarbete. **Individen i fokus** bör utgöra grunden i alla föreslagna processer nedan.

Efter beslut i VIS (och vid behov även i HSN och Storsthlm styrelse) våren 2019 om att godkänna förstudierapporten (besluts punkt 1), behöver frågan om ett fortsatt uppdrag förankras ytterligare. Förslagsvis skulle nästa steg kunna vara att VIS ger Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Storsthlm ett uppdrag att gemensamt ta fram ett förslag om ett fortsatt uppdrag och/eller en avsiktsförklaring, som återigen beslutas om i VIS, och eventuellt HSN och Storsthlm styrelse (besluts punkt 2).

Efter det följer förslagsvis en planeringsfas på 2–3 månader där en samfinansierad gemensam projektledare utses och introduceras. Uppdragsplan, kommunikationsplan och projektorganisation arbetas förslagsvis fram under planeringsfasen.

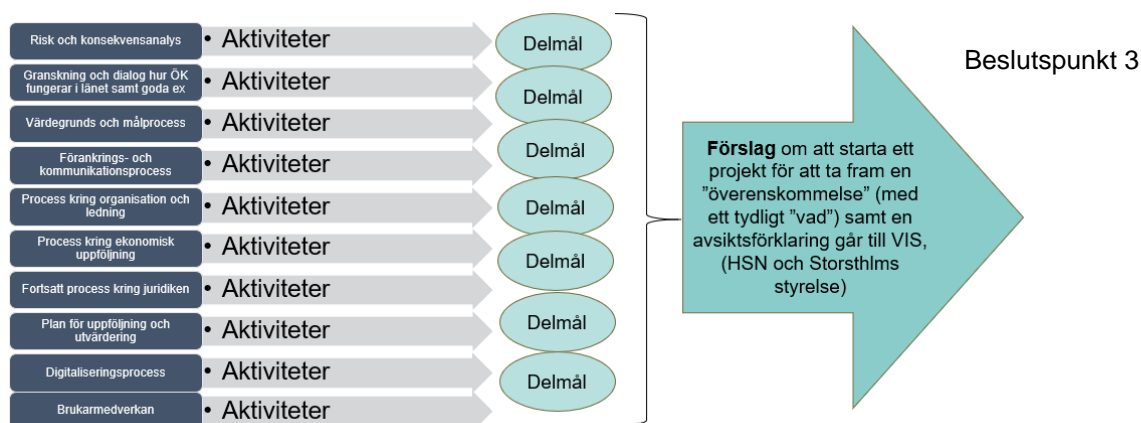


Efter planeringsfasen skulle en fördjupad utredningsfas (mobiliseringsfas) med ett flertal olika delprocesser (inklusive aktiviteter och delmål) kunna följa. Utifrån tidigare avsnitt i rapporten framgår vikten av att planera och genomföra ett antal processer för att nå framgång i arbetet med att ta fram ”samverkansavtal”. Områden som lyfts är bland annat samsyn vad gäller gemensamma värdegrunds- och målgruppsdefinitioner med **individen i fokus** samt ett stödjande och lärande arbete efter att ”samverkansavtalet” är framtaget och antaget. Att i ett tidigt skede även planera för uppföljning och fortsatt utveckling lyfts fram som väsentligt. I förslaget om att ta fram en överenskommelse bör

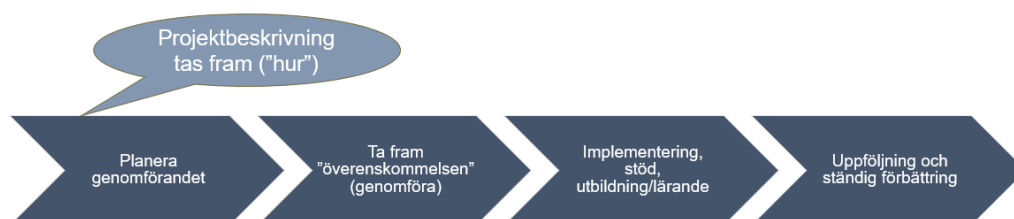
strukturen kring ledning och styrning ha en framträdande roll. Och att ta fram principer för samverkan.

Förslagsvis kan följande områden finnas med i en fortsatt process (mobiliseringsfas) kring att ta fram en gemensam överenskommelse om samverkan inom hälsa, vård och omsorg:

- Risk- och konsekvensanalys med förslag till åtgärder
- Granskning/uppföljning och dialog kring nuvarande samverkansöverenskommelser
- Värdegrunds- och målprocess med individen i fokus
- Förankrings- och kommunikationsprocess
- Process kring organisation och ledning
- Process kring ekonomisk uppföljning
- Fortsatt process kring juridiska aspekter/områden som i avsnittet om legala förutsättningar har lyfts som områden som bör utredas vidare
- Plan för uppföljning och utvärdering (där följeforskning blir en viktig del)
- Digitaliseringsprocess (denna process kan fungera som möjliggörare för det fortsatta arbetet)
- Brukarmedverkan



Det slutgiltiga målet för mobiliseringsfasen skulle kunna vara att ha tagit fram ett **förslag** till att starta ett 1–2 årigt projekt för att gemensamt ta fram en överenskommelse om samverkan inom hälsa, vård och omsorg. Förslaget tas förslagsvis upp till ett **nytt beslut** (beslutspunkt 3) i berörda beslutsforum där parterna tar ställning till om att starta ett 1–2 årigt projekt.



### Behov av tydligare ledning och styrning kring samverkan

Det finns en önskan att förbättra ledning och struktur och att ta fram principer för samverkan kring individer med behov av samverkan från bägge huvudmännen. Såsom tidigare beskrivits i förstudien skulle en ny samverkansorganisation, med regionala samråd, kunna byggas upp (läs mer i avsnitt 9 samt i bilaga 9).

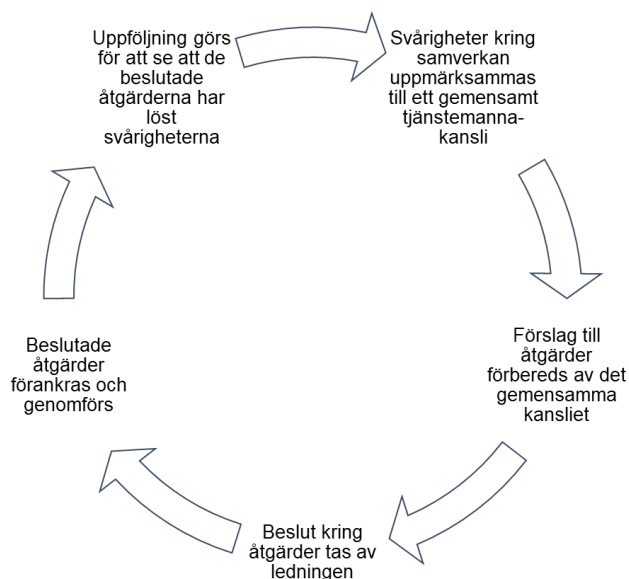
För att lyckas med detta utvecklingsarbete kan förslagsvis en gemensam politisk styrgrupp tillsättas (såsom i Skåne). Den politiska ledningsfunktionen för samverkan kring individer med behov av samverkan från bägge huvudmännen skulle förslagsvis kunna få mandat att fatta beslut samt få mer insyn i hur samverkan fungerar för att kunna följa upp och kontinuerligt förbättra samverkan i länet.

Ett fortsatt utvecklingsarbete kring en övergripande överenskommelse om hälsa, vård och omsorg i Stockholms län skulle kunna leda fram till en tydlig ledning och struktur kring samverkan, och till gemensamma principer för samverkan. Här nedan nämns förslag på vad en gemensam politisk styrgrupp skulle kunna ansvara för (behöver utvecklas och förtydligas ytterligare).

Den politiska styrgruppen skulle förslagsvis kunna få mandat att:

- Fatta vägledande beslut på övergripande strategisk nivå som rör samverkan kring individer med behov av samverkan från bägge huvudmännen
- Fatta beslut om gemensamma mål och värdegrund kring samverkan
- Ansvara för att den organisation som finns i länet kring samverkan leder till att individen får rätt vård och omsorg i rätt tid utifrån egna behov
- Fatta vägledande beslut på övergripande strategisk nivå som rör kostnader knutna till samverkan
- Ha det yttersta ansvaret för att följa upp överenskommelser kring samverkan
- Fatta beslut om revideringar av överenskommelser
- Ansvara för en gemensam kommunikationsstrategi
- Ta fram en struktur för att följa upp och ständigt förbättra samverkan
- Säkerställa brukarrepresentation i processer kring framtagande av överenskommelser, riktlinjer, vägledande dokument samt ”avvikelsehantering kring samverkan”
- Följa upp ekonomi (för att bland annat säkerställa att eventuella kostnadsförskjutningar uppmärksammas och åtgärdas)
- Följa samhällsekonomiska beräkningar och faktiskt utfall gällande samverkan
- Säkerställa att det finns en stödjande struktur kring överenskommelser, även efter att de har antagits i nämnder i kommuner och landsting/region
- Följa upp det gemensamma utvecklingsarbetet kring digitalisering

I ett förslag att ta fram en struktur för ledning och styrning kring samverkan bör även en struktur och organisation för att följa upp och förbättra samverkan synliggöras.





Här följer förslag på områden som skulle kunna beröras i en framtida övergripande överenskommelse om samverkan:

- De lagrum som reglerar samverkan
- Beskrivning av organisation för ledning och styrning
- Principer för samverkan samt gemensam värdegrund och gemensamma mål med samverkan
- Besluts- och kommunikationsstrategi
- ”Tvistetrappa”
- Upphandlingsfrågor
- Rutin för rapportering av samverkansvärigheter
- Revidering och uppföljning av huvudöverenskommelse samt underliggande överenskommelser
- Riktlinjer för underliggande överenskommelser
- Rutin kring hur säkerställa att eventuella kostnadsförskjutningar uppmärksammas till ledningsnivå för att åtgärdas