Uppsala kommun

Vård- och omsorgsförvaltningen
Tjänsteskrivelse till äldrenämnden

Datum:
2022-04-04

Diarienummer:
ALN-2022-00037

Handläggare:
Karin Eduards

Framtidens hälso- och sjukvård

Förslag till beslut

Äldrenämnden beslutar

1. **att** ge vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att genomföra rekommendationer och åtgärder i enlighet med föredragningen i ärendet, samt

2. **att** ge vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att återkomma till nämnden med uppföljning av arbetet i samband med årsbokslutet.

Ärendet

Under februarinämnden redovisades en konsultrapport som pekar ut en lämplig riktning för kommunens arbete kopplat till samverkan kring effektiv och nära vård. Rapporten lämnar flertalet rekommendationer och förslag till fortsatt arbete som faller väl ut och som nämnden ställer sig bakom. Dessa sammanfaller även med flera redan pågående eller planerade insatser, som därför får fortsatt stöd. Sådana är samarbete med regionen kring psykisk hälsa samt framtagandet av nyckeltal för att följa förflyttningen. Däremot framkommer i den samlade bilden av de aktiviteter som genomförs att det kan finnas utvecklingspotential när det gäller det kommunövergripande arbetet med fokus på effektiv och nära vård 2030 vad gäller hälsa, stöd, vård och omsorg.

Mot bakgrund av detta ger nämnden förvaltningen i uppdrag att förverkliga de rekommendationer och förslag till förbättringar som rapporten förslår och ber förvaltningen att återkomma med avrapportering kring utvecklingen i samband med årsbokslutet 2022.

Beredning

Ärendet har beretts av välfärdsutvecklaren i samarbete med, avdelningen för hälso- och sjukvård, avdelningen för regional och lokal samverkan samt staben.

Postadress: Uppsala kommun, vård- och omsorgsförvaltningen, 753 75 Uppsala
Besöksadress: Stadshusgatan 2
Telefon: 018-727 00 00 (Kontaktcenter)
E-post: vard-ochomsorgsforvaltningen@uppsala.se
www.uppsala.se

Föredragning

Att säkra genomförande av rapportens förslag till åtgärder och rekommendationer

Som en del av Effektiv och nära vård 2030 och kommunens förutsättningar att möta Region Uppsala i samarbetet upphandlades ett konsultstöd med förståelse och erfarenhet av branschen under sommaren 2021. Konsulten skulle utifrån ett prioriterat urval rapporter, utredningar och lagförslag genomföra en jämförande analys mellan förvaltningen och den samlade bild som framkom, samt peka ut en lämplig riktning för den kommunala hälso- och sjukvårdens utveckling i Uppsala kommuns vård- och omsorg kopplat till effektiv och nära vård 2030. Rapporten ger en samstämmig bild och beskriver flera av de utmaningar som nämnden står inför vad gäller det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget samt arbetet mot Effektiv och nära vård 2030.

Själva rapporten föredrogs av konsult på nämndens möte i februari.

Flera insatser och arbeten som konsulten föreslår är uppstartade eller planerade, som exempelvis den sammanhållna hälso- och sjukvårdsavdelningen, piloten vårdcentrum samt stärkt uppdrag kring rehabiliterande arbetssätt. Ytterligare aktiviteter fångas i exempelvis nämndens verksamhetsplan och utvecklingsplan som båda innehåller styrning som leder till stärkt vård och omsorg.

Nämnden ger därför förvaltningen i uppdrag att säkra att rekommendationer och förslag till åtgärder omhändertas och genomförs i syfte att säkra kommunens bidrag i att skapa framtidens primärvård och det gemensamma arbetet mot Effektiv och nära vård 2030. Förvaltningen kommer arbeta i enlighet med de åtgärdsområden som listas i bilaga 1, där också ett urval av status och pågående aktiviteter finns listade. Uppföljning av genomförande föreslås presenteras i slutet av 2022.

Som konsultrapporten noterar, så har kommunen som huvudman en stor, viktig och växande roll i utvecklingen av den gemensamma hälso- och sjukvården (hälsa, stöd, vård och omsorg). Effektiv och nära vård behöver inkludera fler delar av det kommunala uppdraget än de som äldrenämndens och andra redan engagerade nämnder kan svara för. Den samlade bilden av det redovisade pågående arbete kopplat till de föreslagna åtgärderna är att det, i vissa delar, saknas tydlighet kring vad dessa aktivitetsområden bör innehålla för att kommunens deltagande i effektiv och nära vård 2030 ska möjliggöras fullt ut.

En förutsättning för samarbetet kring effektiv och nära vård 2030 är att parterna, både kommun och region, ser sitt mandat och ansvarsområde i den gemensamma målbilden för vad omställningen ska leda till samt en, överlag, gemensam struktur för hur omställningen ska utvecklas och följas upp.

En annan förutsättning för samarbetet med Region Uppsala, och för att kommunen ska kunna bidra fullt ut, är att fler kompetensområden än de traditionella vårdförvaltningarna vara med i omställningsarbetet. Såsom samhällsbyggnad, IT och digitalisering, HR och social hållbarhet. För att det hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbetet ska kunna prioriteras krävs dessutom nära och ökat samarbete med andra nämnder.

Äldrenämnden ser därför ett behov av att lyfta rapportens slutsatser för att det kommuninterna arbetet som stöd för förflyttningen mot effektiv och nära vård 2030 ytterligare ska kunna stärkas enligt ovan. Nämnden ser särskilt att frågor som dessa behöver belysas:

1. Vad innebär effektiv och nära vård 2030 för Uppsala kommun som helhet och i relation till redan befintlig och pågående utveckling?
    a. Vilka kommuninterna strategiska och övergripande mål, delmål och åtgärder bör kommunen inkludera i arbetet med effektiv och nära vård 2030 och med vilken tidshorisont?

2. Hur ska det strategiska och övergripande arbetet styras, ledas och följas upp i Uppsala kommun, politiskt och förvaltningsmässigt?
    a. Vilka indikatorer behövs för att styra, främja och följa upp arbetet mot effektiv och nära vård 2030 för kommunens verksamheter, medborgare och den gemensamma primärvården, tex med fokus på hälsa och hälsoekonomi.
    b. Vad av detta ryms i den kommunala hälso- och sjukvården?
    c. Hur ska vi följa det nuvarande arbetet som sker tillsammans med Region Uppsala, för att lära och skapa förutsättningar för utvecklingen av vårdcentrum och geografiska noder på längre sikt?

Nämnden och förvaltningen fortsätter arbetet med dessa frågor såväl inom kommunen som med samverkansparter.

Ekonomiska konsekvenser

Kostnader för föreslagna åtgärder innebär insatser som sannolikt kan finansieras inom ramen för *God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav 2022*[1] samt kommande års bidrag.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 4 april 2022
- Bilaga 1, Åtgärdslista från rapport inklusive kort lägesrapportering
- Bilaga 2, Analys av utredningar och rapporter vad gäller kommunal hälso- och sjukvård, inklusive sammanställning och förslag till prioriteringar
- Bilaga 3, Protokollsutdrag från äldrenämnden sammanträde den 16 februari 2022

Vård- och omsorgsförvaltningen

Lenita Granlund
Förvaltningsdirektör

[1] Överenskommelse mellan staten och SKR

Uppsala kommun

Vård- och omsorgsförvaltningen
Bilaga till ärende Framtidens hälso- och sjukvård

Datum:
2022-04-05

Diarienummer:
ALN-2022-00037

Handläggare:
Karin Eduards

Åtgärdslista från rapport inklusive kort lägesrapportering i urval

Åtgärdslista från rapport, *Analys av utredningar och rapporter vad gäller kommunal hälso- och sjukvård, inklusive sammanställning och förslag till prioriteringar, PwC, januari 2022.*

Inledning

Som en del av Effektiv och nära vård 2030 genomfördes med stöd av konsult en utvärdering under hösten 2021 som syftade till att staka ut en lämplig riktning för den kommunala hälso- och sjukvårdens utveckling i Uppsala kommuns vård- och omsorg kopplat till effektiv och nära vård 2030. Analysen är gjord utifrån nationella riktlinjer och dokument där nedan listade förslag till åtgärder har lämnats av konsulten. Nedan beskrivs i korta drag ett urval av de aktiviteter som redan pågår kopplat till de föreslagna åtgärderna.

Underlaget är uppdelat i en handfull områden:

1. Strategisk styrning och gemensam plan
2. Horisontell ledning och styrning
3. Personcentrerad och behovsstyrd vård samt hälsofrämjande arbete
4. Förutsättningar att dela information samt tillgänglighet och digitalisering
5. Kompetensförsörjning och resurser samt forskning, utbildning och utveckling

1. Strategisk styrning och gemensam plan

Förslag till åtgärder och rekommendationer från rapporten på detta område (i tabellen) samt efterföljande kort kommentar om nuvarande läge.

sida	Åtgärdsområde/vad krävs	Att göra/pågående
15 16	Ta initiativ till gemensam plan för effektiv och nära vård 2030 som inkluderar hälsa stöd vård och omsorg Tydliggör roller och ansvar	- Mobiliserar arbetet kring planen - Ta initiativ till att utveckla modeller för analys av dagens- och framtidens vårdbehov så att en gemensam förståelse för behovsutvecklingen och underlag för gemensam planeringen skapas - Involvera berörda privata aktörer - Definiera tillsammans med regionen vilka forum och vilka vägar som ska användas för dialoger som avser utveckling och förändringar av verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå

sida	Åtgärdsområde/vad krävs	Att göra/pågående
15	Politisk delaktighet	- Arbeta fram underlag som hjälper till att visa vad god och nära vård innebär, vad det syftar till, och vad som krävs för att politiken ska kunna fatta beslut. - Ta initiativ till ett gemensamt arbete där politik hos både region och kommun kan gå i takt
16 21	Förutsättningar för att samverka	Skapa och sammanställ de underlag som krävs för planeringen, vilket kan omfatta: - Data över vårdinsatser över tid - Kartläggning av flöden - Kompetensnyttjande och eventuella geografiska skillnader - Kompetenskartläggning - Kompetensplan - Definiera vilka processer som är kritiska och bör vara prioriterade. Det gäller så väl delprocesser och processer som är kommuninterna och de som kräver samverkan med regionen.
16	Förutsättningar för att följa utvecklingen av planen	- Skapa och sammanställ indikatorer för att följa utvecklingen för det gemensamma primärvårds-uppdraget. - Säkerställ att det finns indikatorer som även omfattar den kommunala hälso- och sjukvården.
20	Omställningsarbetet successivt inarbetas i den ordinarie verksamheten som helhet	- Testa sådant som inte gjorts förut i pilot eller mindre omfattning för lärande och analys av möjliga effekter - Gå från pilot till breddinförande i verksamhet så snart det är möjligt.

Kommentar mars 2022:
Genomförandet av Effektiv och nära vård 2030 har varit föremål för politiska beslut, dialoger och gemensamt arbete inom ramen för länets samverkansstrukturer för hälsa, stöd, vård och omsorg, HSVO, på både regional och lokal nivå samt internt inom Uppsala kommun. Den antagna Strategin för närvårdssamverkan tydliggör bland annat de politiska ledamöternas och tjänsteledningens uppdrag att bära och förankra information mellan regionalt samråd HSVO och de lokala politiska samråden. Det har även arbetats fram en struktur för intern samordning inom Uppsala kommun för genomförandet av omställningsarbetet utifrån nämnda beslut.

Forum på verksamhetsnivå finns men behöver formaliseras.

Tjänsteledningen HSVO har i ett första skede ställt sig bakom en föreslagen modell på måluppfölning av omställningen samt fortsatt utveckling av uppföljningen. Det fortsatta arbetet innefattar att beskriva utveckling och behov av indikatorer på sikt gällande exempelvis undvikbar slutenvård, samskapande tjänster samt uppföljning av regional och kommunal hälso- och sjukvård. Utöver detta ska gemensamma målvärden och delmål arbetas fram. Parallellt med den länsgemensamma uppföljningen av omställningen pågår arbete med att öka förutsättningarna att följa hälso- och sjukvårdens utveckling inom kommunen.

Samtliga delar som inkluderas i den beslutade piloten kring Vårdcentrum centrala Uppsala leds, styrs och genomförs i samverkan mellan Region Uppsala och Uppsala kommun.

Prioriterade målgrupper är personer med särskilda samverkansbehov som behöver en stor del av vårdens och omsorgens resurser så som barn och unga, äldre med komplex sjukdomsbild, kroniskt sjuka samt personer med psykisk ohälsa. Utfallet genererar kunskap för det fortsatta omställningsarbetet.

2. Horisontell ledning och styrning

Förslag till åtgärder och rekommendationer från rapporten på detta område (i tabellen) samt efterföljande kort kommentar om nuvarande läge.

sida	Åtgärdsområde/vad krävs	Att göra/pågående
20	Att gå från förhandlingskultur till samverkanskultur	- Säkra att arbetssättet når ut till kommunens alla delar, inklusive olika huvudmän och vårdgivare - skapa en tydlighet från ledningsnivå att det behövs horisontell ledning på alla nivåer. - Inkludera medarbetare i att utveckla hur samverkan bör ske på operativ nivå och hur arbetsprocesser och rutiner bör utformas för att vården ska vara effektiv och god utifrån patientens och personalens perspektiv
20-21	Arbeta fram indikationer och incitament som styr mot uppsatta mål.	- indikatorer utarbetas i samverkan med regionen, men att det säkerställs att det finns indikatorer där utvecklingen av den kommunala hälso- och sjukvården går att följa. - Data som används för att planera för vården utformas så vi kan mäta om vi lyckats att skapa de flöden som vi önskar oavsett om dessa är internt inom kommunen eller gemensamma med regionen - Definiera och ta fram indikatorer för att följa delmål och andra operativa mål. Relatera utfall till målsättningar och analysera orsaker till eventuella avvikelser. - kvalitetsmått, produktivitetsmått och ekonomiska mått i samma analys
21 22 28	Förutsättningar för samverkan inom och mellan vårdgivare. Kommunicera, leda och styra i riktning mot samverkanskultur. En samverkanskultur i hela organisationen, inklusive den samverkande.	- Skapa forum och strukturer för samverkan på vårdgivarnivå, där även privata vårdgivare ingår. - identifiera vad som hindrar en god samverkan, tex avsaknad av resurser och osäkerhet avseende mandat. - Tydliga strukturer och forum för att lyfta utmaningar till en mer strategisk nivå där stöd till lösningar går att finna. - Skapa nätverk för ömsesidigt lärande även på den operativa nivån och inte enbart på högsta chefsnivåerna - Ta inspiration av andra genom att analysera goda exempel - Kommunicera och systematiskt praktisera samverkanskultur i hela organisationen. - Säkerställ på chefsnivå att det är ett gemensamt ansvar mellan kommun och region att nå målen för en effektiv och nära vård.
21	Samlokalisera över organisationsgränser och utforma naturliga mötesplatser	- Fortsätt att använda piloter för att testa nya arbetsformer, stärka samverkan och pröva horisontell styrning. - identifierar områden som är prioriterade i utprövandet av nya arbetssätt - säkerställa att initierade piloter är applicerbara för att skapa god vård till olika målgrupper och möjliggör vård i glesbygd.
21	En medvetenhet vad effektiv/god och nära vård innebär konkret för olika delar av organisationen och deras uppdrag.	- Kommunicera och tillsätt arbetsgrupper som samverkar över organisationsgränser för att definiera gemensamma uppdrag som är prioriterade för samverkan. - Grupperna definierar även delmål för dessa uppdrag. - Använd ovannämnda arbetsgrupper för att gemensamt, och under ledning, utforma arbetsprocesser och arbeta fram rutiner för att uppnå de framtagna delmålen.

Kommentar mars 2022:
Vad gäller horisontell ledning och styrning med fokus på samverkan så är förflyttningen påbörjad och samverkan genomsyrar i stora delar de beslutsprocesser som finns och de aktiviteter som genomförs. Att gå från förhandlingskultur till samverkanskultur en strategisk satsning där flertalet åtgärder genomförs och där vi redan kan se att samarbetet med regionen går åt detta håll, både på övergripande nivå och andra nivåer.

Omställningsarbetet ska beredas i mindre former för att sedan succesivt inarbetas i ordinarie verksamhet för att få genomslag på bredden. Piloter är påbörjade och fortgår inom ramen för omställningsarbetet och med utgångspunkt från de beslutade målområdena, och planering för att framöver införa dessa på bredden utgör en del av det arbetet.

Ambitionen finns att ta tillvara viktiga lärdomar i det fortsatta arbetet och de som stärker förutsättningarna för fortsatt samverkan.

Flertalet informationsinsatser, dialogmöten och workshops genomförs i syfte att skapa medvetenhet kring vad effektiv och nära vård innebär för funktioner och uppdrag.

Prioriterade målgrupper finns som utgångspunkt med målet att Länets invånare får en god, sammanhållen och nära hälso- och sjukvård och omsorg. Processer har prioriterats kopplat till omställningen så som in- och utskrivnings-processen, vård i hemmet (inklusive en jämlik specialiserad palliativ vård) mm.

3. Personcentrerad och behovsstyrd vård samt Hälsofrämjande arbete

Förslag till åtgärder och rekommendationer från rapporten på detta område (i tabellen) samt efterföljande kort kommentar om nuvarande läge.

sida	Åtgärdsområde/vad krävs	Att göra/pågående
27	Uppsala kommun tillsammans med Region Uppsala behöver stärka de interna styrsignalerna avseende processen för samordnad planering	- säkerställas att direktiven kring samordnad planering har en hög grad av tydlighet avseende vad som avses med att behoven ska vara behovsstyrda, vad som förväntas av olika aktörer samt säkra att styrsignalerna når samtliga vårdgivare och organisatorisk enhet. - den modell som skapas för när och hur planering ska gå till i grunden inte ska skilja sig beroende på om vården helt eller till delar utförs av regionanställda eller kommunanställda.
28	Individuella planer och patientkontrakt med personcentrerat innehåll som ges till den som behöver och begär det.	Fyll befintlig struktur med innehåll och implementera användningen av individuella planer och patientkontrakt i samtliga berörda arbetsprocesser och uppdrag.
28	Anhöriga som är nyckelpersoner, tillsammans med patienten.	Utforma modeller och arbetsprocesser för att i högre utsträckning involvera anhöriga utifrån individens önskemål, i dialog med och i ett gemensamt arbete tillsammans med denna grupp.
32	att de hälsofrämjande insatserna ska bli en naturlig del i framtagandet av individuella planer och	- Skapa strukturer för planering av vård och omsorg så att hälsofrämjande insatser blir en naturlig del., - Skapa arbetssätt genom teamsamarbete i alla verksamheter - Nämnden har uppdragit åt förvaltningen att införa arbetssätt för intensiv hemrehabilitering i ett tidigt skede

sida	Åtgärdsområde/vad krävs	Att göra/pågående
	patientkontrakt för samtliga målgrupper.	- Ta fram digitala redskap för att säkerställa uppföljning
32	Att förebyggande insatser utförs som har en god samhällsekonomisk lönsamhet.	- att förebyggande insatser utvärderas och mäts på en aggregerad nivå för att lära av de effekter och ekonomiska konsekvenser olika typer av insatser leder till. - Ta fram mätetal för att kunna säkerställa ovan. - Identifiera olika typer av insatser som kan vara aktuella att utveckla. - Utvärdera och skatta effekter och nytta av dessa insatser.

Kommentar mars 2022:
I Länets kommuner och Region Uppsala pågår gemensam utveckling med patientkontrakt för individer som har komplexa behov och som får insatser både från kommun och region. Arbetet med patientkontrakt innefattar även ”Esther Simlab” som i korthet innebär att team kan öva sig i personcentrerat och samordnat arbetssätt tillsammans med patient/brukarrepresentanter.

Uppsala kommun har under 2021/2022 samarbetat med det länsgemensamma projektet gällande implementering av ViS-dokument och arbetssätt kring SIP. Utvecklingen av SIP får också ytterligare skjuts i implementeringen i och med arbetet med Cosmic Link, ett verksamhetssystem som ger kommunens medarbetare tillgång till viss patientjournalinformation från regionen.

En inflytandegrupp har tillsatts som har till syfte att ta tillvara brukares/anhörigas erfarenheter och kunskap och som används i samverkan. Inflytandegruppen representeras av personer från Uppsala kommun med egen erfarenhet av insatser enligt LSS, Funktionsrätt Uppsala län (här ingår FUB och Autism- och Aspergerföreningen), en närvårdsstrateg samt representanter från Regionförbundets FoU-enhet i Uppsala län. Inflytandegruppen har träffat politiker och tjänstepersoner inom olika verksamhetsområden vilket syftar till ökat brukarinflytande och medverkan på system- och organisationsnivå.

I dagsläget utvecklas det gemensamma arbetet med geografiskt hälsouppdrag. Syftet med uppdraget är en god och jämlik hälsa för invånarna i Uppsala län. Arbetet innebär ett uppsökande hälsofrämjande arbete för grupper i befolkningen med behov av stöd för att förändra sina levnadsvanor. Initialt genomfördes ett pilotprojekt som avslutades hösten 2021 och från första september 2021 har uppdraget permanentats med en hälsosamordnare i Gottsunda närområde för att arbeta med detta uppdrag tillsammans med kommunens verksamheter samt andra lokala aktörer så som ideella organisationer och studieförbund.

Det har även påbörjats en gemensam planering för att inkludera arbetet med förstärkt geografiskt hälsouppdrag i utvecklingen av handlingsplanen för Gränby/Kvarngärdet.

4. Förutsättningar att dela information samt tillgänglighet och digitalisering

Förslag till åtgärder och rekommendationer från rapporten på detta område (i tabellen) samt efterföljande kort kommentar om nuvarande läge.

sida	Åtgärdsområde/vad krävs	Att göra/pågående
35	Säkra att nya regelverk kommer till användning	- omfattande arbete att göra för Uppsala kommun och regionen för att vara redo och dra nytta av ev. förändrade förutsättningar att dela information eller att kunna bedriva en god vård under de förutsättningar som råder. - att ha tillgång till en samlad dokumentation som följer individen, så snart lagstiftningen medger detta
35	Säkra att den information som förmedlas är användbar	- standardisera information kopplat till de individuella planerna och de vårdgivare som finns involverade i detta. - ta ett helhetsgrepp avseende de informationssystem som finns eller som är avsedda att användas i framtiden för att säkerställa att dessa ger förutsättningar för de arbetssätt som följer med en god och nära vård där team arbetar samordnat.
35	att det krävs resurser och samverkan kring digitalisering för att uppnå målsättningarna med god och nära vård	komma överens om dessa kopplingar och i vilket format data ska överföras mellan systemet kompetens av beställarorganisationen av IT.
36	Samlad patientdokumentation som följer individen.	- Implementera tekniska lösningar för att möjliggöra en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation - Hur patienterna ska ha tillgång till sin information och ha möjlighet att bidra till utformningen av vården behöver vara en given del i informationsutvecklingen - Utbilda medarbetarna.
40	Användning av välfärdsteknik för att skapa en trygg, säker och effektiv nära vård. Att Uppsala kommun tillsammans med andra aktörer lägger vikt vid att den teknik som införs är användarvänlig och anpassad till målgruppen.	- att hålla användaren involverad i utvecklingen av produkter och tjänster och att faktiskt observera hur användandet ser ut. - att säkerställa att mognaden och kunskapen hos användaren går i takt med utvecklingen. - att kommunen arbetar med en plan för nyttorealisering på längre sikt och där såväl kvalitets-, produktivitets-, patient- och ekonomiska vinster definieras. - Samt satsa på kompetensutveckling av befintlig personal i kombination med att anställa personal med verksamhetsnära beställarkompetens inom IT samt även ren IT kompetens.

Kommentar mars 2022:
Ett utvecklingsarbete pågår för att skapa förutsättningar att dela information, skapa tillgänglighet och öka digitaliseringen inom äldrenämnden. Arbetet sker förvaltningsövergripande, tillsammans med KLK IT och i samverkansforum med Region Uppsala.

Fokus under våren är att skapa strukturerade samverkansformer med Region Uppsala utifrån beslutad struktur, både utifrån HSVO och Uppsala kommuns samverkansmodell för digital utveckling. Detta för att skapa ett effektivt utvecklingsarbete som följer med en god och nära vård.

Under våren har ett arbete pågått för att säkra informationsflödet mellan Region Uppsala och Uppsala kommun utifrån ett systembyte. Under våren fortsätter även arbetet för att undersöka hur individen kan få vård på nya sätt genom att nyttja digitala lösningar på olika sätt, exempelvis genom egenmonitorering eller välfärdsteknik. För att säkra brukardelaktighet finns representanter med i utvecklingsarbetet.

5. Kompetensförsörjning och resurser samt forskning, utbildning och utveckling

Förslag till åtgärder och rekommendationer från rapporten på detta område (i tabellen) samt efterföljande kort kommentar om nuvarande läge.

sida	Åtgärdsområde/vad krävs	Att göra/pågående
43-44	Att i samverkan med regionen ta fram en strategi och en plan för kompetensförsörjning	- fortsätta kartläggning av de kompetenser som finns i organisationen, i relation till vilka som skulle behövas utifrån dess uppdrag. - Säkra tillräckliga förutsättningar för gemensam planering kring kompetensförsörjning genom att ta fram en tydlig plan för Uppsalas kommuns kompetensbehov - se över möjligheterna att skapa relevant data vilket innebär att verksamheten med avseende på kompetensutnyttjande kan följas löpande och planering bygga på realtidsdata istället för kartläggningar som genomförs med jämna intervall - Skapa ett anpassat utbildningsutbud utifrån behov. Digitala lärplattformar.
44	Specialiserad och subspecialiserad vårdpersonal.	Samverkan med utbildningsanordnare och lärosäten.
44	Samverkan med specialistläkare inom allmänmedicin.	- Struktur/modell för läkarmedverkan, för attraktivitet, tillgänglighet och kontinuitet.
47	Medverka till utbildning av primärvårdens professioner.	Vidareutveckla modell och ett utbildningsutbud för att erbjuda de utbildningsplatser och de utbildningar som krävs för professionerna inom den kommunala hälso- och sjukvårdens goda och nära vård, i teori och praktik.
47	Erbjuda platser för VFU med relevant innehåll.	- Dra lärdom av regionens befintliga VFU. - Vidareutveckla modellen för kommunal god och nära vård.
47	Möjliggöra forskning till den goda och nära vårdens professioner och i dess miljöer.	- Dra lärdom av strukturer och modeller inom hälso- och sjukvårdens befintliga forskning. - Fortsatt och utökat samarbete med universitetet.

Kommentar mars 2022:

Ett arbete med att kartlägga kompetenser är påbörjat inom vård och omsorgsförvaltningens hälso och sjukvårdsorganisation. Den ska sedan användas som underlag för att se i relation till god och nära vård vilka kompetenser som behövs. I detta skede har en prioritering gjorts av vilka specialistkompetenser som behöver förstärkas bland sjuksköterskor. Dessa är distriktssjuksköterska, äldre/demens, psykiatri och avancerad vård i hemmet. Syftet är inte att ta över slutenvårdens specialistkompetens utan förmå axla och ta emot patienter som ska vårdas i hemmet inom ramen för det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget.

Arbete för att stärka samverkan med specialistläkare inom allmänmedicin pågår, där bland annat ett pilotprojekt var gäller så kallad rondering vid omsorgsnämndens särskilda boenden nu genomförs. Det pågår också ett arbete med att utveckla en administrativ stödstruktur i den nya hälso- och sjukvårdsorganisationen som ska samla och utveckla avtal för läkarmedverkan. Det nationellt initierade arbetet med fast läkarkontakt anknyter till detta och en gemensam handlingsplan har tagits fram i länet.

Samverkan i regionen kring hur VFU sak genomföras och utformas specificeras i VIS-dokument. Flera samarbeten pågår regionalt kring det regionala så kallade vård och omsorgs-college, där gemensam utveckling av VFU mm genomförs. Förvaltningen tar också en aktiv part i utbildning till primärvårdens professioner med ett stärkt team som arbetar med VFU för sjuksköterskor och fysioterapeuter inom kommunal primärvård. I Teamet ingår kliniska adjunkter från respektive utbildning samt sjuksköterskor och fysioterapeuter med huvudhandledaruppdrag. Framöver kommer man satsa särskilt på att fånga studentperspektivet i arbetet med kommunala hälso- och sjukvårdens goda och nära vård, i teori och praktik.

Omsorgsmedarbetares kompetens är central för god och nära vård. Förvaltningen arbetar med att stärka APL organisation för att kunna bidra till att stärka kvalitet i undersköterskeutbildningar och öka möjligheten att delegera hälso- och sjukvårdsinsatser till omsorgspersonalen.

Omfattande samverkan med akademi och region pågår kopplat till utbud och innehåll i utbildningar. Förvaltningen arbetar i nära dialog med både utbildningsanordnare och universitet samt utförare för att bidra till främjande förutsättningar, både inom egen regi och privat. Samarbete sker också inom vårdkompetensrådet som också tar fram kompetensbehov för framtidens kommunala primärvård tillsammans med övriga kommuner i mellansverige kopplat till god och nära vård i syfte att styra utbildningsutbudet i rätt riktning.

Vad gäller att möjliggöra forskning till den goda och nära vårdens professioner och i dess miljöer finns ett flertal insatser i samverkan, bland annat *FoU Socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård* (vanligen förkortat till FoU Socialtjänst eller FoU-S) är en forsknings- och utvecklingsenhet med syfte att förmedla kunskap, utföra egen forskning samt initiera och stödja verksamhetsutveckling inom socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård i Uppsala län.

Det sker också samverkan kring vårdcentrum med fokus på forskning, där man arbetar fram en struktur för och samarbete som går under arbetsnamn KAVOC (kommunalt akademiskt vård- och omsorgscentrum) i samarbete med universitet och Region Uppsala.

Uppsala kommun

Analys av utredningar och rapporter vad gäller kommunal hälso- och sjukvård, inklusive sammanställning och förslag till prioriteringar

Januari, 2022

www.pwc.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning och analys **2**

Inledning **7**

Bakgrund till uppdraget 7

Metod för genomförandet 7

Rapportens upplägg 8

Definition av begrepp 9

Introduktion **10**

Utvecklingen mot en god och nära vård 10

Målbilden för en god och nära vård 10

Kommunens uppdrag 11

Centrala områden för kommunal hälso- och sjukvård **12**

Strategisk styrning och gemensam plan 12

Horisontell ledning och styrning 17

Personcentrerad och behovsstyrd vård 23

Hälsofrämjande arbete 29

Förutsättningar att dela information 33

Tillgänglighet och digitalisering 37

Kompetensförsörjning och resurser 41

Forskning, utbildning och utveckling 45

Referenslista **48**

Sammanfattning och analys

PwC har fått i uppdrag att göra en analys av utredningar och rapporter vad gäller kommunal hälso- och sjukvård i ljuset av utvecklingen mot en god och nära vård. Syftet är att skapa ett underlag för förslag till prioriteringar för Uppsala kommuns fortsatta arbete.

I en första delrapport lämnades en sammanställning av de styrsignaler, förslag och rekommendationer som lyfts i nationella rapporter avseende god och nära vård. Med den som utgångspunkt har en nulägesanalys genomförts för att identifiera var Uppsala kommun befinner sig i förhållande till detta. I den här rapporten lämnas en sammanställning av nationella styrsignaler, förslag och rekommendationer, en nulägesbeskrivning av var Uppsala befinner sig i förhållande till dessa samt rekommendationer för fortsatt arbete.

År 1992 inträdde ÄDEL-reformen, vilket innebar att kommunen fick ansvar för viss hälso- och sjukvård av äldre personer i behov av långvarig vård, samt personer med funktionsnedsättning. Vården av många äldre flyttades därmed från regionernas långvårdsavdelningar till särskilda boenden i kommunerna. För Uppsala kommun innebar reformen även att en överenskommelse upprättades om att invånare som behöver hälso- och sjukvård i hemmet i mer än 14 dagar, är över 17 år och som inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka vårdcentral, kan få kommunal hemsjukvård. Under 2013 tillkallade regeringen en nationell samordnare med uppdraget att analysera hur hälso- och sjukvården kan utvecklas för att använda resurser på ett mer effektivt och ändamålsenligt sätt, vilket lade grunden för “God och nära vård”. Sedan dess har en rad delbetänkanden och rapporter tagits fram för att belysa hur vården behöver ställas om för att sätta patienten i fokus med målet att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård där fokus ligger på primärvården. Vi kan konstatera att en grundförutsättning för utvecklingen av hälso- och sjukvården är att vården förskjuts från sluten vård till sjukvård i hemmet och i särskilda boenden.

Kommunen som huvudman har en stor, viktig och växande roll i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Befolkningen blir allt äldre med fler som behöver vård inom primärvården, medicinsk teknik möjliggör att patienter skrivs ut snabbare från sjukhus, och välfärdsteknologi möjliggör att vård av olika slag i högre utsträckning kan ges i hemmet eller andra boendeformer utanför slutenvården. Detta innebär att kommunens roll, även med samma uppdrag, har blivit och kommer fortsätta bli allt mer omfattande. Enligt Statens offentliga utredning från 2019 var kommunens roll fortfarande ganska okänd t.o.m. för dem som verkar i systemet. Vår bedömning utifrån genomgång av utredningar och intervjuer med representanter i kommunen är att gjorda utredningar inte definierar vad som de facto omfattas av det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget. Utgångspunkten är lagstiftningens definition av primärvård och det faktum att kommunen är en av två huvudmän för primärvården. Hur vården ska utformas och hur gränssnitt ska hanteras överlåts till kommunerna att fastställa i

samverkan med regionen. De statliga utredningarna fokuserar på frågor som rör styrsignaler, förslag och rekommendationer kopplade till samverkan.

Utifrån delrapport 1 och genomgång av nationella rapporter har vi inte funnit några direkta motstridigheter i styrsignaler, förslag eller rekommendationer. De mål och ambitioner som definieras i olika underlag vad det gäller utvecklingen mot en god och nära vård är relativt samstämmiga. Det sker viss utveckling av målformuleringen och vissa förtydliganden görs exempelvis av SKR när tolkning görs av målen, men dessa står inte i strid eller förändrar inte riktningen.

Däremot lyfts en rad olika utmaningar och orsaker till att utvecklingen av den nära vården inte nått längre och ett sådant område är möjligheten att dela information. Vi kan konstatera att nuvarande lagstiftning begränsar huvudmän och vårdgivare att dela väsentlig information kring patienten på ett sätt som förutsätts för att arbeta i linje med rekommendationer och närma sig målet om god och nära vård. En rad förslag om lagändringar har nu lagts fram för att justera frågor såsom samtycke, den personliga integriteten och möjliggöra ett framtida delande av information. Vi ser förändringar inom det området som betydelsefulla för det fortsatta arbetet.

En annan dissonans som vi uppfattar är den uttalade satsningen på primärvården och det uttryck som ges för att resurser behöver flyttas från slutenvård till primärvården för att primärvården ska kunna utgöra den bas som det är tänkt i vården. Vi kan inte av den data som presenteras av Vård- och omsorgsanalys se att den prioriteringen har skett.[1] Slutligen uppfattar vi att det kvarstår en historisk utmaning och det är att ge de hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatserna det utrymme och den prioritet som den enligt både forskning och regelverk bör ha.

Avseende dessa områden krävs att åtgärder vidtas på nationell, regional och kommunal nivå.

Vi kan utifrån framtagna rapporter och den beskrivning som ges se att det historiskt har varit regionen som i stora delar drivit utvecklingen av sjukvården. Vartefter allt fler medborgare ska erbjudas vård via den kommunala hälso- och sjukvården ser vi att kommunerna blir en allt viktigare källa till kunskap och därmed viktiga som motor för utvecklingen av hälso- och sjukvården. Vi ser det som väsentligt att kommunerna blir en drivande aktör i utvecklingen av den vård som ges i hemmen och vid särskilda boenden och även i de utvecklingsfrågor som påverkar flöden in och ut från slutenvården.

Vi har tittat närmare på åtta områden som vi anser att Uppsala kommun särskilt bör prioritera både för att nå målen med en god och nära vård på lång sikt, men även för att vidta åtgärder och nå resultat i närtid. Här sammanfattar vi fyra av de områden där vi uppfattar att Uppsala kommun bör inleda sitt arbete.

[1] Vård- och omsorgsanalys 2021:8. Nära vård i sikte

Den strategiska styrningen och framtagande av en plan för den kommunala hälso- och sjukvården

Kommunens roll och ansvar för det strategiska arbetet och för att ta fram en gemensam plan med regionen för primärvårdsuppdraget föreslås bli en reglering i lag. Vi ser det som högst väsentligt, oavsett lagkrav eller inte, att Uppsala kommun har de underlag och förutsättningar som behövs för att vara med och forma primärvårdens innehåll. På kort sikt ser vi att Uppsala kommun behöver säkerställa att de har den data som krävs för att kunna följa lämpliga parametrar exempelvis hur vårdbehovet ser ut, hur det geografiskt skiljer sig i kommunen beroende på ex. befolkningsstruktur, flöden, befintlig kompetens. I kommunens ekonomi- och personalsystem samt olika verksamhetssystem finns information och data om behovsutveckling, nyttjandegrad, kostnad per insats, personalstatistik etc. som idag inte nyttjas fullt ut för att planera och följa upp verksamheten. För att göra informationen i kommunens system tillgänglig för analys krävs kunskap, kompetens och verktyg för att sortera och kvalitetssäkra stora datamängder. Det krävs också kunskap i kvantitativ analys för att kunna analysera data samt kunskap i visualiseringsverktyg för att på ett tydligt och enkelt sätt kunna presentera analyser och slutsatser så att dessa kan användas av funktioner på olika nivåer i verksamheten för att förstå och utveckla verksamheten. Väl underbyggda, tydliga och tillgängliga analysresultat om behovs-, kostnads- och personalresursutveckling för verksamheten som helhet, utifrån geografi och över tid är väsentligt för väl avvägda beslut och för att motivera olika ställningstaganden. Utifrån det kan framtida scenarier tas fram och kommunen kan i dialog med regionen planera för hur det framtida vårdbehovet ska tillgodoses. Vi ser att det är av vikt att planen för primärvårdsuppdraget på ett tydligt sätt inkluderar förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande insatser.

Förutsättningar för horisontell styrning

Utredningarna pekar på att gällande reglering hittills har haft fokus på huvudmannanivå, dvs samverkan mellan region och kommun, och individnivå vilket avser samverkan kring patienten. Vården utförs dock inte enbart av två huvudmän utan därunder finns en rad olika vårdgivare. För att lyckas med vården måste styrningen hos båda huvudmännen och hos samtliga vårdgivare främja en horisontell organisering av resurser där den gemensamma processen blir viktigare än delarna. SKR talar också vikten av att skapa gemensamma styrsystem för att lyckas med samordningen av olika resurser. Vår bedömning är att Uppsala är en kommun som på ledningsnivå kommit långt i den kultur som krävs för att lyckas med detta. Det finns också en struktur för att bygga samarbetet. Det behöver dock utvecklas för att inkludera alla vårdgivare. Det krävs också ett systematiskt och långsiktigt arbete för att arbeta med kulturförändring och att nå ut i alla delar. Det är ett arbete som behöver göras tillsammans med samtliga vårdgivare. Kommunens utveckling av dataanalyser som nämns i stycket ovan kan även utgöra en central del i att kunna planera och följa flöden. I uppföljningen ex. när och hur vård ges och av vem den utförs. I planeringen genom att historiska data och framskrivningar utifrån olika antaganden används för att simulera olika scenarier och på så sätt förbereda verksamheten och huvudmännen på alternativa scenarier och

konsekvenserna av dessa för resursplanering etc. Ett sådant användande av aggregerade data ser vi är en möjliggörare av horisontell styrning där samtliga parter kan dela en gemensam bild av vårdens utveckling. Vid val av data och indikatorer för att mäta vårdens utveckling ser vi att man bör fånga såväl kvalitets-, produktivitets- och ekonomiska mått.

Styrning mot personcentrerad och behovsstyrd vård - planering av vården på individnivå

Kraven på att samordna och planera vården på individnivå har varit reglerat sedan tidigare. En god planering med individen är något som både nationella utredare och de intervjuade i Uppsala kommun också lyfter som något högst centralt för att lyckas med en effektiv och god nära vård. Gjorda utredningar påvisar trots det stora brister varför det läggs fram en rad förslag som ska tydliggöra och skärpa kraven avseende teamsamverkan och planering. Vid nulägeskartläggningen framkommer att det här är ett område som behöver prioriteras och vår analys är att det behövs ett omtag där det tydliggörs former och strukturer för samverkan kring individen. Att den individuella planeringen sker utifrån ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov och utan hänsyn till huvudman eller vårdgivare är avgörande för att vården ska kunna utföras med rätt kompetens och att patienten nås av såväl förebyggande, hälsofrämjande och sjukvårdande insatser. Ett prioriterat område för att nå en personcentrerade och behovsstyrd vård är att även hälsofrämjande och förebyggande insatser prioriteras.

Kompetensförsörjning

Bemanning och kompetensförsörjning tas i litteraturen upp som avgörande frågor för framtiden för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå. Flera aktörer bl.a. Vård- och omsorgsanalys framhåller primärvårdens svårigheter att hitta personal, och att det råder kompetensbrist inom både regioner och kommuner. Utmaningar inom kompetensförsörjning omfattar både att samordna kompetensmixen, och att erbjuda en attraktiv arbetsmiljö för personal inom vården. Den analys som vi gjort av Uppsala kommun är att den organisation som nyligen har implementerats ger goda förutsättningar för att jobba med kompetensutveckling och kompetensförsörjning. Det lyfts också många goda exempel inom området. Vi ser trots det att området är högst centralt för Uppsala kommun att prioritera för att nå korta och långsiktiga resultat. På kort sikt ser vi att kommunen behöver ta fram en tydlig bild av befintliga kompetenser samt hur de nyttjas med nuvarande arbetssätt. Det bör systematiskt ske en gemensam utveckling av vården för att säkerställa att det ständigt utvecklas både generella kompetenser, specialistkompetenser och subspecialiseringar som behövs för att möta vården. Subspecialisering kan exempelvis ske av omvårdnadspersonal inom områden såsom rehabilitering, demens och vård i livets slut. För att möta individens behov behövs insatser från flera olika professioner. Flera yrkesgrupper är av stor vikt för en effektiv och nära vård, inte minst för det hälsofrämjande arbetet och för en effektiv rehabilitering.

Inledning

Bakgrund till uppdraget

Den kommunala hälso- och sjukvården är föremål för utredning och analys från flera olika håll. Det finns en uppsjö rapporter, utredningar och lagförslag förutom redan gällande regelverk, som avser peka ut en lämplig riktning för den kommunala hälso- och sjukvårdens utveckling.

För vård- och omsorgsförvaltningens ledning i Uppsala kommun är det en utmaning att hinna med, ta in och förhålla sig till dessa underlag, och skapa en strategisk bild utifrån dem som kan ligga till grund för prioriteringar, aktiviteter och åtgärder.

PwC har med utgångspunkt i ovan beskrivna bakgrund fått i uppdrag att:

1. Prioritera ett urval av de mest väsentliga underlagen och genomföra en metaanalys i syfte att få en samlad bild och analys. Analysen ska ha sin utgångspunkt i frågeställningarna:
    a. Vilka förslag, rekommendationer och styrsignaler finns i de olika underlagen?
    b. Är de genomförbara kopplat till lagrum och andra etablerade riktlinjer/regler?
    c. Stödjer de varandra eller skapas målkonflikter? Om ja på den senare frågan, vilka målkonflikter?

2. Genomföra en jämförande analys av förvaltningens befintliga hälso- och sjukvårdsorganisation kontra den verklighet som underlagen föreslår. Analysen ska kunna utgöra grund för det fortsatta arbetet.

3. Sammanställa en rapport som beskriver hur dessa underlag kan användas för att strategiskt möta utmaningarna inom den kommunala Hälso- och sjukvården, både här och nu och framåt.

Uppdraget avgränsas till att gälla Uppsala kommuns vård- och omsorgsförvaltning för personer över 17 år.

Metod för genomförandet

I den första delen av uppdraget har en metaanalys av väsentliga underlag kopplade till kommunal hälso- och sjukvård genomförts. Urvalet av underlag gjordes i samråd med projektledningen i Uppsala kommun. Inom ramen för deluppdrag 1 har en workshop med representanter från Uppsala kommun genomförts i syfte att förankra den inledande analysen av studerade underlag och rapporter. Sammanställningen har utgjort ett underlag för att identifiera områden och frågeställningar som är av särskild vikt i uppdragets del 2, nulägesanalysen.

Med utgångspunkt i den inledande analysen har deluppdrag 2 bestått av en nulägesanalys av vård- och omsorgsförvaltningens arbete för att utvärdera huruvida vård- och omsorgsförvaltningen utvecklar en hälso- och sjukvård med rätt kompetens och med god kontinuitet för patienter i hela Uppsala kommun inklusive landsorten. Vi

har genomfört nio intervjuer med representanter från Uppsala kommun, samt en intervju med en representant från Region Uppsala. Vi har även utgått från befintliga dokument från kommunen och andra tillgängliga källor för att skapa en bild av nuläget. En workshop har genomförts för att förankra nulägesbilden i förhållande till den strategiska riktning som sammanställts i deluppdrag 1.

Del 3 i uppdraget består av denna rapport, där vi med utgångspunkt i litteraturen och nulägesbilden inom Uppsala kommun beskriver vad som bör göras för att strategiskt möta utmaningar inom den kommunala hälso- och sjukvården. Rapporten utgör ett underlag och stöd för prioritering, planering och budgetering av insatser kopplat till hälso- och sjukvårdsuppdraget.

Rapportens upplägg

Rapporten inleds med en allmän introduktion till området. Därefter följer ett kapitel som har sin utgångspunkt i 8 centrala områden för den kommunala hälso- och sjukvården. Dessa områden har identifierats vid framtagande av delrapport 1. Delrapport 1 finns bifogad som bilaga.

Varje område utgör ett kapitel och inleds med ett tydliggörande av nationella rapporter vad gäller styrsignaler, förslag och rekommendationer för området. Därefter följer en redogörelse av nuläget i Uppsala vilken bygger på intervjuer och dokumentstudier. Varje kapitel avslutas med konsultens analys avseende behov och möjliga åtgärder.

Avgränsning

Delrapport ett avgränsas till en metaanalys av de rapporter som tillsammans med Uppsala kommun definierats som de mest centrala för området. Det ges löpande ut nya rapporter varför det har varit nödvändigt att även avgränsa arbetet till den information som fanns tillhanda fram till början av november månad 2021.

Nulägesanalysen avgränsas till systemnivå. Det innebär att vi till stor del har tittat på hur väl Uppsala kommuns organisation, system och processer skapar förutsättningar för att driva en utveckling i linje med de styrprinciperna, förslag och rekommendationer som läggs fram för utvecklingen. Vi har inte närmare studerat nuläget utifrån andra perspektiv såsom patient- och anhörigperspektiv eller medarbetarperspektiv. Även om dessa perspektiv berörs ger nulägesbeskrivningen inte en bild av hur vården uppfattas av mottagaren eller hur arbetssituationen upplev av medarbetare.

Underlaget för nulägesanalysen bygger på intervjuer, workshops och de dokument avseende Uppsala kommun som vi erhållit från verksamheten. Nulägesanalysen tar sin utgångspunkt i de analyserade underlagen från delrapport 1, och studerar på så sätt hur väl Uppsala kommun kan använda dess styrsignaler som sin utgångspunkt i fortsatta arbetet. I de avseenden vi uppmärksammat att det saknas data avseende exempelvis vårdbehov, utbud, flöden etc. så ingår det inte i uppdraget att göra de utredningar som krävs och skapa den data som är nödvändig för att beskriva nuläget.

Vi har i rapporten avgränsat oss från analyser av de resurser och det ansvar som inte omfattas av kommunal hälso- och sjukvård. Det innebär att vi inte har tittat närmare på hur läkarresurser bör säkerställas i utförandet av hälso- och sjukvård. Vi har inte heller tittat närmare på läkarens betydelse för patientsäkerheten i vården. Frågan om läkarbemanning avgränsas således till beskrivning av kommunens upplevelse av läkartillgång och övergripande analyser som är kopplat till samverkan.

Definition av begrepp

Nedan följer en beskrivning av vanligt förekommande begrepp som används i rapporten.

Hemsjukvård - hälso- och sjukvård i hemmet

Hemvård - hemtjänst/omvårdnad

Huvudmän - kommun och region

Uppsala kommun - avser kommunen som organisation

Vårdgivare - verksamheter som utför hälso- och sjukvårdstjänster

Patient - individ som nyttjar de kommunala hälso- och sjukvårdstjänsterna

Vid beskrivning av vad som uttalats vid intervjuer och i de analyser som genomförts av oss använder vi begreppen ovan. I de fall vi hänvisar till särskild källa använder vi de begrepp som används i den källan.

Introduktion

Utvecklingen mot en god och nära vård

I takt med demografiska, medicinska och politiska förändringar har bilden av hur framtidens goda hälso- och sjukvård ser ut förändrats, vilket påverkar kommunernas och regionernas vård och omsorgsarbete. År 1992 inträdde ÄDEL-reformen, vilket innebar att kommunen fick ansvar för viss hälso-och sjukvård av äldre personer i behov av långvarig vård, samt personer med funktionsnedsättning. Vården av många äldre flyttades därmed från regionernas långvårdsavdelningar till särskilda boenden i kommunerna.[2] För Uppsala kommun innebar reformen även att en överenskommelse upprättades om att invånare som behöver hälso- och sjukvård i hemmet i mer än 14 dagar, är över 17 år och som inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka vårdcentral, kan få kommunal hemsjukvård.

Därefter har utvecklingen mot mer nära vård fortsatt, där hälso- och sjukvården förskjuts från sluten vård till mer öppen vård och sjukvård i hemmet.[3] Under 2013 tillkallade regeringen en nationell samordnare med uppdraget att analysera hur hälso- och sjukvården kan utvecklas för att använda resurser på ett mer effektivt och ändamålsenligt sätt, vilket lade grunden för "God och nära vård", som belyser hur vården behöver ställas om för att sätta patienten i fokus med målet att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård där fokus ligger på primärvården.[4] Denna omställning ses som ett långsiktigt arbete, där det krävs en förändring av strukturen och organiseringen av hälso- och sjukvården för att uppnå ökad kvalitet, tillgänglighet och nyttja resurser mer effektivt. Patientens delaktighet lyfts fram, samtidigt som primärvården beskrivs som navet i vården och omsorgen.[5]

Målbilden för en god och nära vård

För att ställa om vården och reformera primärvården har regeringen formulerat tre grundläggande mål som en stärkt primärvård förväntas bidra till - tillgänglighet, delaktighet, och kontinuitet.

Efter det första delbetänkandet har målsättningar och den gemensamma färdplanen fördjupats i senare betänkanden, för att därefter ytterligare utvecklas efter remissrundan. Den målsättning för god och nära vård som anges i regeringens proposition lyder: "*Hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården bör vara att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet bör också vara att patienten är delaktig*

[2] SKR, 2020. Vård och omsorg i hemmet 2019- svårigheter och framgångsfaktorer
[3] Ibid., s. 10.
[4] SOU 2017:53. God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild
[5] SOU 2018:39, s. 17. God och nära vård – En primärvårdsreform

utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås."[6]

Även SKR presenterar och tydliggör målbilden för nära vård:

- utgå från individuella förutsättningar och behov.
- bygga på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv.
- bidra till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.[7]

Med detta som utgångspunkt ska mål tas fram i samverkan mellan region och kommuner för att alla ska jobba i samma riktning. SKR lyfter att en tydlig målsättning under kommande år är att stärka samverkan mellan regioner och kommuner, i syfte att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg.[8]

Kommunens uppdrag

Kommunen som huvudman har en stor, viktig och växande roll i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Befolkningen blir allt äldre med fler som behöver vård inom primärvården, medicinsk teknik möjliggör att patienter skrivs ut snabbare från sjukhus, och välfärdsteknologi möjliggör att vård av olika slag i högre utsträckning kan ges i hemmet eller andra boendeformer utanför slutenvården. Detta innebär att kommunens roll, även med samma uppdrag, har blivit och kommer fortsätta bli allt större. Denna roll är dock fortfarande okänd även för dem som är involverade i systemet.[9] Därtill inkluderas företrädare för kommunal hälso- och sjukvård alltför sällan i strategiska sammanhang där helheten för svensk hälso- och sjukvård diskuteras.[10] Detta visar på utmaningar i utvecklingen av hälso- och sjukvården på flera nivåer.

Alla regioner förutom Stockholm har överlåtit ansvaret till kommunen för hälso-och sjukvård upp till sjuksköterskekompetens för äldre och personer med funktionsnedsättning. Vad som gäller avseende exempelvis åldersgräns regleras för respektive region och kommun i upprättad överenskommelse.[11] För Uppsala kommun så ansvarar kommunen för de som har längre vårdbehov än 14 dagar, är över 17 år och inte kan ta sig vårdcentral eller liknande. Ansvaret för läkarresurserna är oförändrat och åligger således regionen.

[6] Regeringens proposition 2019/20:164, s. 32. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform
[7] SKR, 2021. Omställning till nära vård.
[8] SKR, 2021, s. 8. God och nära vård 2021.
[9] SOU 2019:29. God och nära vård – Vård i samverkan
[10] SOU 2019:29, s. 77. God och nära vård – Vård i samverkan
[11] Socialstyrelsen, 2020, s. 85. Vård och omsorg om äldre - lägesrapport

Centrala områden för kommunal hälso- och sjukvård

Efter genomgång av litteraturen delades förslag, rekommendationer och styrsignaler in i följande underområden för vidare arbete med nulägesanalys, gapanalys samt bedömningar och rekommendationer:

1) Strategisk styrning och gemensam plan
2) Horisontell ledning och styrning
3) Personcentrerad och behovsstyrd vård
4) Hälsofrämjande arbete
5) Förutsättningar att dela information
6) Tillgänglighet och digitalisering
7) Kompetensförsörjning och resurser
8) Forskning, utbildning och utveckling

Dessa åtta områden behandlas nedan och inleds med en kort litteraturöversikt över vilka styrsignaler som framförs, lägesbilden i landet utifrån litteraturen samt vilka åtgärder och aktiviteter som genomförs nationellt, och vilka lärdomar som finns kring hur hälso- och sjukvården behöver utvecklas. Därefter redovisas hur nuläget ser ut i Uppsala inom dessa områden utifrån genomgångna underlag och vad som framkommit i intervjuer och på workshops. Slutligen gör PwC en bedömning av läget i Uppsala kommuns hälso- och sjukvård och det omställningsarbete som görs, i relation till vad som krävs enligt litteraturen på respektive område, och ger rekommendationer för vägen framåt.

Strategisk styrning och gemensam plan

Litteraturgenomgång

Även om omställningen till en god och nära vård omfattar hela hälso- och sjukvården så återkommer ett flertal av rapporterna och utredningarna till att nyckeln till omställningen är en stark primärvård som kan vara basen i en mer nära hälso- och sjukvård. Det sägs till och med att utan en stark primärvård kommer inte omställningen att vara möjlig. I de utredningar som presenterats senare år har den roll och ansvar som kommunerna har avseende hälso- och sjukvård lyfts fram. Det tas även fram en bild av kommunerna som centrala aktörer i arbetet som handlar om strategier och utveckling av hälso- och sjukvård.

Att samverkan för en god och nära vård inte avgränsas till att regioner och kommuner ska hitta samverkan kring den enskilde individen vid givande av vård utan samverkan på en strategiskt nivå tydliggörs i utredningen SOU 2020:19. Utredaren föreslår en ny bestämmelse i HSL vilken uttrycker att regioner och kommuner för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå ska upprätta en övergripande gemensam plan. [12] Förslaget avser inte att i detalj reglera innehållet eller tidsomfattningen i den

[12] SOU 2020:19 s. 162. God och nära vård, En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

övergripande planen, men planen ska enligt utredaren omfatta strategiska frågor såsom kompetensförsörjning, lokalfrågor och utbudspunkter.

I SKR:s rapport om Vård och omsorg i hemmet lyfts att det finns ett behov av indikatorer för att arbeta mer målmedvetet med uppföljning och jämförelser. För att leda omställningen mot nära vård rekommenderar SKR att involvera ekonomerna och beskriva utmaningarna, målbilden och vad som ska följas upp; att ta deras hjälp för att fastställa en relevant uppföljning utifrån indikatorer som redan finns och som kan lyftas fram. Därtill kan kommuner jämföra sitt genomförande med andra för att förstå sina egna styrkor och förbättringsområden. Exempelvis föreslås Kolada och Öppna jämförelser. Det är också centralt att kunna följa resultatet över tid. SKR betonar även vikten av måluppföljning för en framgångsrik styrning i samverkan.[13] På nationell nivå har Socialstyrelsen fått i uppdrag att ta fram förslag på indikatorer för att följa omställningen till en mer nära vård, vilket är ett pågående utredningsarbete.

Ett bekymmer som lyfts i litteraturen är dock avsaknaden av nationella data om primärvården både i regionens och kommunens regi. Här menar bland andra Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att nya sätt behövs för att mäta värdet som uppstår.[14] I rapporten "Värde för vem?" framtagen av Experio lab, SKR, CTF, och Linköpings universitet, är utgångspunkten att mått och indikatorer som används idag ofta har ett organisatoriskt perspektiv, vilket gör det viktigt att hitta nya sätt att mäta det gemensamma värdeskapandet där invånaren också inkluderas.[15]

Utgångspunkter för nulägesanalys

Vid nulägesanalysen har vi ställt frågor till nyckelpersoner i verksamheten för att identifiera hur långt arbetet kommit med den gemensamma planering som krävs för att möta den omställning som litteraturen beskriver.

Vi har inom detta område kartlagt vilka långsiktiga strategiska planer som finns sedan tidigare avseende den kommunala hälso- och sjukvården. Vi har även undersökt vad som krävs i form av struktur, kultur och statistiska underlag för att kommunen ska kunna vara en tydlig aktör i arbetet med en relevant plan avseende utformningen av hälso- och sjukvården.

Nuläge avseende strategisk styrning och gemensam plan

I november 2020 godkände kommunstyrelsen den strategi som tagits fram för närvårdssamverkan i Uppsala län 2021–2023.[16] Enligt de intervjuade och de underlag som granskats så finns det ingen samordnad plan för primärvårdsuppdraget i den bemärkelse som lagförslaget kräver. Det saknas exempelvis en tydlighet i hur hälso- och sjukvård ska erbjudas utifrån behov, oavsett var i kommunen vården ska ges eller en tydlighet i planeringen för att säkerställa tillgång till kompetenser.

[13] SKR, 2020, s. 6. Vård och omsorg i hemmet
[14] Vård- och omsorgsanalys 2021:8. Nära vård i sikte
[15] Experio lab, SKR, CTF, Linköpings universitet, "Värde för vem?"
[16] Uppsala kommun. Strategi för närvårdssamverkan i Uppsala län 2021-2023.

Enligt de intervjuade så finns på strategisk nivå i stort den samsyn avseende primärvårdsuppdraget som krävs för att gemensamt kunna föra diskussioner och planera för vården. Däremot saknas nödvändiga underlag som rör den hälso- och sjukvård som ska ges till individer i ordinärt boende eller särskilt boende. Det har inte heller gjorts några särskilda insatser för att sammanställa data på hur kommunens insatser nyttjas exempelvis inom olika geografiska områden eller av olika målgrupper. Anledningen till bristande underlag är bland annat kopplat till att önskvärd information inte finns i befintliga system, men också att den tidigare organiseringen av hälso- och sjukvården inneburit att informationen varit fragmenterad. Vid intervjuer lyfts också bristen på gemensamma indikatorer som kan användas för uppföljning. Det behövs särskilt indikatorer som är anpassade och framtagna utifrån det kommunala perspektivet. De indikatorer som identifierats som centrala för att mäta framgången bör även vara styrande för hur vården utformas och finnas med vid framtagandet av planen. Det krävs därför en samordning med regionen även kring indikatorer och mätpunkter.

Vid intervjuerna i nulägesanalysen framkommer att det, inom ramen för närvårdssamverkan, finns en struktur för samverkan på såväl politisk som tjänstepersonsnivå. Närvårdssamverkan mellan regionen och länets kommuner sker inom en politisk organisation, Samråd HSVO Uppsala, och en tjänstepersonsorganisation, Tjänsteledning HSVO Uppsala. De intervjuade ger dock uttryck för att dessa forum inte har använts för att gemensamt planera primärvården i länet och i Uppsala kommun. Det har i högre grad varit ett forum för att förankra och diskutera kring övergripande strategier eller där respektive huvudman och då i huvudsak regionen förankrat redan utvecklade tankar och planer.

Det framkommer också vid intervjuer att roller, ansvar, och mandat i strategiska frågor behöver tydliggöras internt och med regionen. Idag händer det att regionen uppfattar att de har förankrat en förändring eller ett förslag till utveckling genom att kommunicera med en specifik funktion i kommunen exempelvis MAS.

För att lyfta de frågor som är gemensamma att hantera för Uppsala kommun och Region Uppsala har en särskild gruppering med centrala representanter från regionen och socialchef i Uppsala kommun. Detta är ett komplement till den befintliga samverkansstruktur som finns för länet som helhet där Uppsala kommun på grund av sin storlek behöver ta ett särskilt ansvar tillsammans med regionen i utvecklingsfrågor som berör samverkan.

Enligt de intervjuade så inleddes ett arbete med en kulturförändring i och med strategin för närvårdssamverkan 2018–2020. De intervjuade uppfattar att det har skett en märkbar förflyttning från förhandlingskultur till samverkanskultur inom ramen för de samverkansforum som finns på ledningsnivå. Den kulturförändring som startat har enligt uppgiftslämnarna en stor betydelse för det fortsatta arbetet för att ställa om i hela organisationen. De styrsignaler som arbetats fram i gemensamma strategier är en bra grund för kommunens interna arbete med att utveckla styrsignaler som främjar en samverkanskultur.

Det finns tilltro till att den nya organiseringen och ledningsstrukturen, genom den samlade hälso- och sjukvårdsorganisationen, blir en styrka i dialogen och för samverkan med regionen som helhet.

Därtill uttrycks att politiken behöver få ett tydliggörande av vad de nationella initiativen inom god och nära vård innebär för Uppsala. Detta för att skapa den förståelse och insikt som krävs för att ta de strategiska och viktiga beslut som krävs framåt. Politiken bedöms behöva få detta tydliggörande av tjänstepersonerna, för att utifrån detta som bas, driva utvecklingsprocessen vidare. Det är ett arbete som påbörjats.

Slutsatser avseende strategisk styrning och gemensam plan

Vi uppfattar att det finns en etablerad struktur för samverkan på såväl politisk som tjänstepersonsnivå och Uppsala kommun har även tagit ansvar för att skapa särskilda konstellationer för möten mellan centrala parter som berörs av arbetet med att upprätta en gemensam plan på primärvårdsnivå. Vi ser också att det inom kommunen finns en organisering och resurser med förmåga att driva strategiska frågor. På strategisk nivå är även vår bedömning att det finns en kultur och en syn på samverkansfrågor vilken främjar förutsättningarna för att lyckas. Vi avser då det arbete som gjorts för att gå ifrån en förhandlingskultur till en samverkanskultur. Vår bedömning är att Uppsala kommun i flera avseenden har goda förutsättningar att leva upp till de förslag som ligger om krav på gemensam planering av primärvårdsuppdraget, men vi föreslår att kommunen mobiliserar arbetet kring planen.

En anledning till det är att vi kan konstatera att historiken på många sätt färgar och påverkar förhållandet där vi uppfattar att regionen till stora delar varit drivande i frågor som rört hälso- och sjukvård. Samverkansforum har historiskt använts för att förankra och skapa delaktighet genom att ge information om de tankar och resonemang som förts inom regionen. Uppsala kommun behöver enligt vår bedömning ta fram underlag som kan användas för planering av vården framåt. Det kan vara data som tydligt visar hur den kommunala hälso- och sjukvårdens insatser nyttjats över tid, hur flöden ser ut och vilka kompetenser som nyttjats och eventuella geografiska skillnader. Vi ser också att det för en planering av primärvårdsuppdraget behövs en kompetenskartläggning och en kompetensplan som bygger på ett framtidsscenario avseende framtida kompetensbehov. Vår rekommendation är att modellerna för att generera visuella bilder över nuläget även inkluderar andra närliggande områden inom kommunen. Kommunen bör titta på olika modeller för att skapa data och generera de underlag som kommer att behövas framåt. Att ta fram en plan för primärvården är ett gemensamt arbete med regionen där vi föreslår att kommunen tar initiativet till att börja utveckla modeller för analys av dagens- och framtida vårdbehov baserat på tillgänglig data för att få fram ett underlag som skapar en gemensam förståelse för behovsutvecklingen och kan användas som underlag för den gemensamma planeringen.

Vår bedömning är att i den fas som arbetet är nu är tjänstepersonernas bidrag till politiken viktig. Vår rekommendation är därför att arbeta fram underlag som hjälper till att visa vad god och nära vård innebär, vad det syftar till, och vad som krävs för att politiken ska kunna fatta beslut. Det är vår bedömning att det behövs ett omfattande gemensamt arbete där politik hos både region och kommun behöver gå i takt. Det är

en omställning som ska genomföras inom ett komplext och stort område, vilket kommer att innebära att flera politiska beslut i olika frågor kommer att behöva tas under kommande år, och de behöver tas i armkrok inom dessa båda huvudmän. Med dagens ofta svaga politiska majoriteter kan detta utvecklingsarbete och de politiska beslut de innebär, komma att bli utmanande politiskt, men det är av stor vikt att dessa beslut har en bred politisk förankring hos såväl region som kommun för att säkerställa att denna satsning får den långsiktighet den behöver för att lyckas. Vi rekommenderar att även berörda privata aktörer är involverade.

Vad krävs?	**Att göra**
Strukturer och forum för planering i samverkan	Nyttja befintliga forum och strukturer för samverkan kring strategisk planering
Tydliggör roller och ansvar	Definiera tillsammans med regionen vilka forum och vilka vägar som ska användas för dialoger som avser utveckling och förändringar av verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå
Förutsättningar för att planera i samverkan	Skapa och sammanställ de underlag som krävs för planeringen, vilket kan omfatta: - Data över vårdinsatser över tid - Kartläggning av flöden - Kompetensnyttjande och eventuella geografiska skillnader - Kompetenskartläggning - Kompetensplan
Förutsättningar för att följa utvecklingen av planen	Skapa och sammanställ indikatorer för att följa utvecklingen för det gemensamma primärvårdsuppdraget. Säkerställ att det finns indikatorer som även omfattar den kommunala hälso- och sjukvården

Horisontell ledning och styrning

Litteraturgenomgång

I SOU 2020:19 föreslås att det ska lagregleras att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för den samverkan som behövs för att en god vård ska kunna ges. Det ska i HSL förtydligas att god vård kräver förutsättningar för samverkan, på samma sätt som att den kräver den personal, de lokaler och den utrustning som behövs. Syftet är att hälso- och sjukvårdssystemet ska hänga ihop, även på utförarnivå. Bakgrunden är att gällande rätt reglerar samverkan i hälso- och sjukvården på makro- (huvudmannanivå) och mikro-nivå (individnivå) i systemet, men inte tillräckligt på meso-nivå (utförarnivå).[17]

God och nära vård kräver enligt utredarna ett skifte i processer och arbetssätt, där hela systemet behöver gå från linjära organisationer till mer nätverksbaserade synsätt, och där samverkan med andra delar av vårdkedjan och andra huvudmän behöver vara i fokus. Ett hälso- och sjukvårdssystem bestående av olika huvudmän som samarbetar i gemensamma uppdrag och processer, bygger på en ledning och styrning som samarbetar. För att skapa förutsättningar för detta behöver det enligt SOU 2020:19 utvecklas tydliga strukturer med mötesforum och arbetsprocesser i samverkan, på både politik- och tjänstepersonsnivå.[18]

Även SKR betonar att ett hälso- och sjukvårdssystem med olika huvudmän kräver att man leder i samverkan, och har gemensamma styrsystem och arbetssätt för att hålla ihop systemet i den helhet som krävs för att det ska nå upp till målet om en god och nära vård. Detta innebär att uppdrag och processer behöver utformas i samverkan, vilket vanligen är svårt för linjeorganisationer. Att omforma styrsystemen är därför en central fråga för att kunna uppnå målbilden av god och nära vård.[19]

Det finns enligt SKR ett stort behov av utvecklingsarbete för att uppnå den samordning och gemensamma utveckling som krävs både inom och mellan de organisationer som ska skapa en god och nära vård. Både kommuner och regioner har komplexa uppdrag i sig och det kommunala självstyret gör att de har stor rådighet över hur uppdragen utformas. Den processinriktade organisering som krävs är en utmaning i sig. I en gemensam process med olika huvudmän är det därutöver ytterligare en utmaning att dessa olika huvudmän inte kan besluta hur processerna ska utformas utanför den egna organisationen.[20]

Där det inte finns något beslutsmandat över varandras verksamheter, och processerna behöver vara samverkande, krävs enligt SKR att gemensamma övergripande mål utvecklas för de medverkande aktörerna, för att klara en framgångsrik styrning i samverkan. Dessa mål måste vara uppföljningsbara och kopplade till förväntade resultat. Gemensam tid och kompetens måste läggas för att återkommande följa upp det arbete som görs av olika aktörer, för att säkerställa att arbetet leder till en

[17] SOU 2020:19 s. 164. God och nära vård, En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem
[18] SOU 2020:19 s. 117
[19] SKR, 2020. Att driva omställningen till nära vård
[20] Ibid.

gemensam måluppfyllelse. I SKR:s rapport betonas att någon måste ha ansvaret för att dessa gemensamma uppföljningar och analyser genomförs, och att det finns en bred delaktighet i arbetet.[21]

Om omställningen till god och nära vård ska lyckas så behöver många olika delar utvecklas. Både mjuka beteendeförändringar hos många, men också hårda infrastrukturella delar och fördelning av resurser.[22] När en omställningsprocess är komplex kan inte ledarna på förhand ha alla svar på vilka förändringar som kommer att vara framgångsrika i sitt system. Istället får man som ledare sätta ut riktningen, göra omställningen attraktiv, leta efter de som vill testa nya arbetssätt, testa, se till att reflektera och lära sig av vad som händer i systemet när man förändrar något. Och sedan fortsätta varv efter varv att utveckla systemet.[23]

Politiken och tjänstepersonsorganisationen behöver gå i takt och stödja varandra utifrån sina respektive roller i denna omställning. På både politik- och tjänstepersonsnivåer behövs en gemensam ledning av de gemensamma uppdragen. Inledningsvis föreslås både ytterst ansvariga politiker och tjänstepersoner vara delaktiga i arbetet med att kartlägga och peka ut viktiga områden att ha gemensamma målsättningar inom. Om en part börjar med sina delar för att det är utmanande nog, förloras förutsättningarna för samskapande.[24]

Utgångspunkter för nulägesanalys

För att bedöma var Uppsala idag befinner sig har vi bland annat tagit utgångspunkt i att horisontell styrning ställer krav på att olika aktörer är överens om vad de gemensamt ska uppnå. En relevant fråga har därför varit upplevelsen av samsyn mellan olika verksamheter inom kommunen samt med regionen. Detta område innefattar också vilka förutsättningar som nuvarande chefer i organisationen har för att se till helheten före delarna. Vi har därmed sett över hur väl nuvarande styrmodell och incitament rimmar med att styra på värde för processen som helhet.

Att samverka kring processer och utvecklingen av dessa betyder inte att alla aktörer ska vara ansvariga för alla delar. Det handlar snarare om att samtliga är överens om vem som gör vad och när. Därav blir frågan om arbetet för att standardisera processer en naturlig del i frågan om horisontell styrning.

Processer behöver ständigt följas upp och justeras. Horisontell styrning kräver således att någon eller några har ansvar för processen som helhet och att det finns mandat att gemensamt göra justeringar i processen för det bästa för helheten. I nulägesanalysen har vi undersökt om det finns strukturer och organisering för detta idag, samt om det finns värdeskapande indikatorer som ansvariga kan följa för att se effekter.

[21] SKR, 2020. Att driva omställningen till nära vård.
[22] SKR, 2020.s. 39-55. Att driva omställningen till nära vård
[23] Ibid.
[24] Ibid.

Nuläge avseende horisontell ledning och styrning

Vid genomförda intervjuer och workshops framkommer att en tydlig ambition är att ersätta den tidigare existerande förhandlingskulturen med en samverkanskultur. Det innebär enligt de intervjuade att utgångspunkten är att samtliga parter “sitter på samma sida av bordet” ser på utmaningar och lösningar som något gemensamt att hantera. De intervjuade ger uttryck för att förändringen i samverkanskulturen är ett arbete som bedrivits top-down. På en strategisk nivå och i de ledningsfunktioner som har ett uttalat och specifikt ansvar kring samverkansfrågor har kulturförändringen enligt de intervjuade kommit en bra bit på väg. Pandemin uppfattas även ha stärkt samverkanskulturen inom vissa områden. Att den högsta ledningen tagit tydliga steg i riktningen mot en annan syn på samverkan anses vara väsentligt för det fortsatta arbetet.

Nulägesanalysen visar att det finns en struktur för arbetet men det uttrycks att struktur, arbetssätt och inte minst kulturen ännu inte har nått ut i organisationens alla delar. Idag saknas enligt de intervjuade enhetliga arbetssätt och strukturer för att arbeta med en horisontell styrning. Det förs en rad olika dialoger i olika konstellationer i syfte att lösa mer eller mindre akuta frågor, men också för att skapa dialog och samverkan. Det försvåras av att det är ett spektrum av vårdgivare och en rad olika processer där den horisontella styrningen behöver få sitt fäste.

Hur väl samarbetet fungerar på ledningsnivå och hur omfattande samverkan blir kring styrningen varierar enligt de intervjuade beroende på vårdcentral och avdelning på sjukhuset. Samsynen kring det gemensamma uppdraget, men inte minst samsynen på olika roller och ansvar varierar beroende på process och samverkansparter. De intervjuade uppger att det idag går mycket tid till att föra diskussioner som är kopplade till brister i olika flöden och där en central faktor är bristande samsyn och kunskap om olika verksamheters olika uppdrag. De intervjuade uppger också att det inte alltid är så att diskussioner avseende processer och gränssnitt diskuteras med utgångspunkt i vad som skulle vara det bästa för helheten och vad som tillgodoser den enskilde individens behov på bästa sätt. Det beror enligt de intervjuade på en rad olika faktorer såsom tradition, synen på sin roll uppdrag och/eller otydlighet i styrningen. Som nämnts tidigare så uppfattas kulturförändringar ha startat i ledningen och i vissa delar finns ett omfattande jobb att göra för att skapa en samsyn och gemensam kultur i organisationens alla delar. De intervjuade understryker vikten av att alla i organisationen ges förutsättningar för ett annat arbetssätt och ett annat förhållningssätt.

De intervjuade uppfattar att den starka ekonomistyrning som av tradition har varit rådande inom den kommunala verksamheten tenderar att bli kontraproduktiv i arbete och inte alltid främja en horisontell styrning där skapandet av gemensamt värde är målet. De intervjuade ger uttryck för att det idag finns ett arbete med att förändra kulturen samtidigt som traditionella styrsignaler och incitament inte alltid stödjer detta. Vad som då menas är att ekonomistyrningen primärt främjar att var och en ser till sin del och prioriterar den före helheten.

Vid granskning av nuläget framkommer att flera projekt bedrivs för att exemplifiera och testa den horisontella styrningen, men de intervjuade representanterna uppfattar inte att nuvarande projekt är heltäckande för att systematiskt täcka in olika utmaningar. Ett exempel på försök till att hitta nya vägar för samverkan och modeller för horisontell styrning är piloten för Vårdcentrum.[25] Pilotprojekt används enligt de intervjuade för att hitta vägarna framåt i det gemensamma planerandet och utförandet, vilket uppfattas av de intervjuade vara en lämplig metod i situationer som denna då ny mark behöver brytas. I genomförda workshops och intervjuer framkommer det att politiken varit en viktig drivkraft i exempelvis skapandet av vissa pilotprojekt för samverkan.

Det finns en rad områden där styrningen av processer särskilt behöver hanteras. Det gäller bland annat utskrivningsprocessen där den horisontella styrningen av processen behöver utvecklas för att skapa en effektivare och tryggare hemgång. Enligt de intervjuade kan även upplevelsen av brist på resurser och inte minst upplevelsen av bristande läkarmedverkan vara en konsekvens av bristande samsyn på processen och vem som ska göra vad och när. Upplevelsen av bristande läkarmedverkan gäller inte minst vid den vård som ska ges vid ordinärt boende, men där blir det tydligt att det är beroende på vårdcentral. Upplevelsen av bristande läkarmedverkan finns dock inom fler delar av den vård som ges, bland annat vid boenden inom socialpsykiatrin och LSS.

Slutsatser avseende horisontell ledning och styrning

Vår bedömning är att det kulturarbete som införts med en tydlig ambition om att gå från förhandlingskultur till samverkanskultur är högst relevant för den fortsatta utvecklingen. Vi kan dock konstatera att arbetet ännu inte nått ut i kommunens alla delar, och att en försvårande omständighet även är att det berör olika huvudmän och olika vårdgivare vilka alla behöver göra samma resa.

Vi rekommenderar därför att skapa en tydlighet från ledningsnivå att det behövs horisontell ledning på alla nivåer. Detta behöver kommuniceras och spridas vidare utåt i organisationen. Vi rekommenderar att medarbetarna inkluderas i att utveckla hur samverkan bör ske på operativ nivå och hur arbetsprocesser och rutiner bör utformas för att vården ska vara effektiv och god utifrån patientens och personalens perspektiv. Berörda medarbetare måste förstå syftet och förväntningarna för att kunna genomföra de förändringar som krävs. Vi rekommenderar vidare att omställningsarbetet successivt inarbetas i den ordinarie verksamheten som helhet, och går från pilot till breddinförande i verksamhet så snart det är möjligt.

Vi kan konstatera att såväl gjorda utredningar som de intervjuade i Uppsala kommun lyfter fram vikten av att arbeta fram indikationer och incitament som styr mot uppsatta mål. Vi ser det som väsentligt att dessa indikatorer utarbetas i samverkan med regionen, men att det säkerställs att det finns indikatorer där utvecklingen av den kommunala hälso- och sjukvården går att följa. Vår rekommendation är att den data

[25] Vårdcentrum kan beskrivas som en nod för framtida hälsocentraler i ett geografiskt område.

som används för att planera för vården utformas så att den även kan används för att utvärdera framgången i den horisontella styrningen. Det vill säga har vi lyckats att skapa de flöden som vi önskar oavsett om dessa är internt inom kommunen eller gemensamma med regionen. När indikatorer utarbetas för att följa flöden och bidra till horisontell styrning så bör det säkerställas att indikatorerna utgör ett mått på hur väl det gemensamma syftet uppnås. Det bör enligt oss också värderas hur olika indikatorer möter olika perspektiv såsom patient och anhörigperspektivet, medarbetarperspektivet och arbetsgivarperspektivet. Ur ett arbetsgivarperspektiv är effektivitetsmått viktiga. Med effektivitet avses vi en hög produktion till en god kvalitet, men med en lägre resursförbrukning. Således behövs såväl kvalitetsmått, produktivitetsmått och ekonomiska mått i samma analys. Vi ser att kommunen för detta och för att hantera framtagande av underlag för planering på strategisk nivå behöver säkerställa att det i organisationen finns den kompetens och de modeller som krävs för att arbete med dataanalyser där information inhämtas från flera olika IT-stöd och källor.

Några konkreta råd vid en omställning som kräver samverkan är att samlokalisera över organisationsgränser om möjligt och utforma naturliga mötesplatser såsom gemensamma analysgrupper, lärande nätverk, och gemensamma utbildningar där medarbetare kan träffas över gränserna.[26] Vi kan konstatera att ett sådant arbetssätt rimmar väl med arbetet som Uppsala kommun bedriver tillsammans med Region Uppsala. Det finns en tydlig strategi kring att använda piloter för att testa nya arbetsformer, stärka samverkan och pröva horisontell styrning. Vi ser detta som något positivt och vår rekommendation är att Uppsala kommun fortsätter detta arbetssätt och identifierar områden som är prioriterade i utprövandet av nya arbetssätt. Det bör i det arbetet säkerställas så att initierade piloter är applicerbara för att skapa god vård till olika målgrupper och möjliggör vård i glesbygd.

Vad krävs?	Att göra
Samverkan såväl internt som med Region Uppsala i utförandet av hälso- och sjukvård i kommunen.	Definiera vilka processer som är kritiska och bör vara prioriterade. Det gäller så väl delprocesser och processer som är kommuninterna och de som kräver samverkan med regionen.
Förutsättningar för samverkan inom och mellan vårdgivare.	Skapa forum och strukturer för samverkan på vårdgivarnivå, där även privata vårdgivare ingår.
En medvetenhet vad effektiv/god och nära vård innebär konkret för olika delar av organisationen och deras uppdrag.	Kommunicera och tillsätt arbetsgrupper som samverkar över organisationsgränser för att definiera gemensamma uppdrag som är prioriterade för samverkan. Grupperna definierar även delmål för dessa uppdrag.
Utformade arbetsprocesser med rutiner som styr mot samverkan.	Använd ovannämnda arbetsgrupper för att gemensamt, och under ledning, utforma

[26] SKR, 2020. s. 7-8 Vård och omsorg i hemmet

	arbetsprocesser och arbeta fram rutiner för att uppnå de framtagna delmålen.
Uppföljning av utvecklingen inom gemensamma uppdrag och processer.	Definiera och ta fram indikatorer för att följa delmål och andra operativa mål. Relatera utfall till målsättningar och analysera orsaker till eventuella avvikelser.
En samverkanskultur i hela organisationen, inklusive den samverkande.	Kommunicera och systematiskt praktisera samverkanskultur i hela organisationen. Säkerställ på chefsnivå att det är ett gemensamt ansvar mellan kommun och region att nå målen för en effektiv och nära vård.

Personcentrerad och behovsstyrd vård

Litteraturgenomgång

Utredningen God och nära vård från 2017 visar att styrningen av vården är fragmenterad med bristande samordning och ibland oklar rollfördelning, där en central utmaning är avsaknad av strukturer för samverkan.[27] Det finns för patienten ett flertal utmaningar och risker kopplat till bristande samordning mellan huvudmännen kommun och region, mellan olika vårdgivare och i interna kommunala processer. Exempel på risker är förskrivning av för många och olämpliga kombinationer av läkemedel, eller att olika budskap skapar otrygghet och oro. En grupp som drabbas av bristande samordning är bland annat äldre men även personer med insatser beviljade enligt LSS. En trygg och säker boendemiljö för denna grupp behöver väl fungerande samverkan mellan bland annat hälso- och sjukvård och socialtjänst.[28]

De största utmaningarna på detta område gäller för hälso- och sjukvård i hemmet. Läkarresurserna på vårdcentraler är, enligt en rapport som SKR tagit fram, ofta upptagna i mottagningsverksamheten vilket leder till att resurserna för att täcka behov av läkare i hemmet är begränsade. En annan utmaning är att patienterna kan vara listade på många olika vårdcentraler, vilket gör det mer komplext att hantera läkarkontakterna. Dessa utmaningar behöver bemötas på olika sätt med samarbetslösningar som anpassats till lokala förutsättningar.[29] Lösningar som nämns i litteraturen är exempelvis att ha mobila team av läkare som antingen utgår från vårdcentraler eller från sjukhus.

En central del i arbetet mot god och nära vård är således att utveckla processer och arbetssätt som möjliggör samverkan och samordnade insatser. Ett väl fungerande samarbete mellan både kommuner och regioner, mellan kommuner och privata utförare av regional hälso- och sjukvård samt internt inom kommuner mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, är därmed viktiga och grundläggande framgångsfaktorer för omställningen. Samverkan och samskapande mellan region och kommun, och även inom kommunerna måste fungera väl på alla nivåer för att denna reform ska kunna genomföras. Denna samverkan kräver ett betydande arbete för att i ökad utsträckning arbeta processbaserat över dagens organisationsgränser.[30] För att skapa förutsättningar för detta behöver det utvecklas tydliga strukturer med mötesforum och arbetsprocesser i samverkan, på både politik- och tjänstepersonsnivåer.[31]

En framgångsfaktor för att skapa en god och nära vård är att utgångspunkt tillåts vara patientens behov och förutsättningar snarare än organisation. Det innebär i ett bredare perspektiv att hälso- och sjukvården behöver göra förflyttningar i sättet att arbeta, såsom att öka fokus på person och relation, på patienten som aktiv medskapare, på samordning utifrån personens fokus och på proaktiv och hälsofrämjande vård.[32]

---

[27] SOU 2017:53, s. 13. God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild
[28] Socialstyrelsen, 2021, s. 66. Kompetens i LSS boenden
[29] SKR, 2020, s. 5-6. Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård
[30] SKR, 2020. Att driva omställningen till nära vård
[31] SOU 2020:19 s. 117
[32] SKR, 2021. Omställning till nära vård

För att nå dit krävs att en samordnad planering görs avseende den vård som ska ges till individen och att den planeringen har sin utgångspunkt i behov och individens önskemål. I SOU 2020:19 läggs ett antal förslag på planeringsverktyg för att skapa bättre förutsättningar för en samordnad vård, tydliggöra kommunernas roll som både huvudman och utförare av hälso- och sjukvård, införliva ett personcentrerat synsätt i den individuella planen och att förtydliga författningsregleringen av olika planverktyg:

- I utredningen föreslås att individuell plan i HSL och SoL ska harmoniseras med regleringen i LUS så att den kommunala hälso- och sjukvården inte bara omfattas när den individuella planen initieras vid utskrivning från sluten vård. Dessutom ska patienter som inte får socialtjänst men har behov av stöd i samordningen i vårdprocesser som inbegriper flera olika vårdgivare, omfattas av möjligheten att få en individuell plan. Förslaget syftar till att säkerställa att alla patienter med behov som behöver samordnas får möjlighet till en individuell plan, oavsett vem som är huvudman för insatserna.
- Utredningen lägger även fram förslaget att den enskildes möjlighet till samordning utifrån sina behov behöver stärkas, och om den enskilde har önskemål om att få en individuell plan, så ska det beaktas.
- Utredningens föreslår vidare ett personcentrerat innehåll i den individuella planen, där målet med insatserna för den enskilde ska framgå och formuleras utifrån den enskildes perspektiv och behov. Skälet till detta förslag är både att skapa samsyn mellan involverade aktörer, men även att involvera patienten i att samskapa en individanpassad vårdprocess utifrån dennes specifika behov och förutsättningar, och därutöver på kort respektive lång sikt. Den individuella planen ses som ett centralt verktyg för att i samskapande formulera det gemensamma målet.
- Förslag ges också för att den individuella planen även ska innehålla förebyggande och rehabiliterande insatser. Bakgrunden till detta är det lagreglerade uppdrag som hälso- och sjukvården har för att förebygga ohälsa och arbeta förebyggande.
- Utredningen föreslår att det nya innehållskravet ska vara likalydande i SoL, vilket är i linje med den relativt nyligen presenterade utredningen Framtidens socialtjänst.[33]
- Det föreslås även att en fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell. Samordningen för den enskilde ska ske med utgångspunkt i den individuella planen, och en fast vårdkontakt ska utses om patienten begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Patienten ska få information om denna möjlighet. Det är inte reglerat vilka professioner eller roller som kan inneha funktionen fast vårdkontakt, utan det avgörs av patientens medicinska och övriga behov, och så långt det är möjligt även önskemål. En fast vårdkontakt kan vara någon ur sjukvårdspersonalen t.ex. sjuksköterska, psykolog eller läkare, men det kan också vara en administrativ koordinerande funktion.[34] Den fasta vårdkontaktens arbetsuppgifter är inte reglerade men Socialstyrelsen har gett ut en vägledning om fast vårdkontakt.[35]

[33] SOU 2020:47, Hållbar socialtjänst - En ny socialtjänstlag.
[34] SOU 2020:19, s. 166-174. God och nära vård, En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem
[35] Socialstyrelsen, 2017. Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan – Nationell vägledning

Patienter har därutöver också möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Den fasta läkarkontakten inom primärvården har det samordnande ansvaret för patientens vård. Däremot har den fasta läkarkontakten inte det medicinska ansvaret för vård som ges inom andra delar av hälso- och sjukvården.[36]

Mot bakgrund av att undersökningar visat att vården brister när det gäller att involvera patienter, finns i SOU 2020:19 även ett lagförslag om att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt. Förslaget innebär att om patienten efterfrågar ett patientkontrakt, blir kommunen och regionen ålagda att tillhandahålla ett sådant. Den fasta vårdkontakten är då primärt ansvarig för kontraktets upprättande. Patienter kan även ha mer än en fast vårdkontakt. De fasta vårdkontakterna ska då samverka och samordna vårdens insatser patienten. I SOU 2020:19 framhålls att det är av yttersta vikt att samordningen görs tillsammans med patienten, och inte för patienten. Ett patientkontrakt beskrivs som en sammanhållen plan över inplanerade vårdinsatser, vilket ska göra patienten mer delaktig och insatt i sin egen vård. De nya kraven innebär inget nytt ansvar, syftet med patientkontrakt är istället att göra sammanhanget med individuell plan och fast vårdkontakt mer begripligt för patienten.[37]

Utgångspunkter för nulägesanalys

En utgångspunkt i den behovsstyrda vården är att behoven ska tillgodoses av rätt kompetens och vid rätt tillfälle och på rätt vårdnivå. Det är dock inte organiseringen av vården eller fokus på huvudmannaskapet som ska avgöra vad som är rätt kompetens, utan det är förmågan att på bästa sätt tillgodose behoven. Vi har därav ställt specifika frågor i verksamheten som har koppling till bedömning av patientens behov och vilka kompetenser som lämpligtvis tillgodoser olika behov.

Vi uppfattar också att en väg för att lyckas med att skapa en behovsstyrd vård är att de som arbetar i teamet kring patienten är trygg med vilka behov som tillgodoses på olika sätt och att det är tydligt hur behoven ska tillgodoses. Vi har därför ställt frågor och tittat på kommunens arbete med individuella planer samt om det finns förutsättningar att erbjuda patientkontrakt.

Nuläge avseende personcentrerad och behovsstyrd vård

Upplevelsen av verksamhetens förutsättningar att arbeta utifrån den enskilde patientens behov varierar beroende på vilka behov som ska tillgodoses och vem det är som svarar på frågan. Ett område som skiljer sig mellan de intervjuade är upplevelsen av förutsättningarna att få tillgång till läkarresurser i den grad som behoven kräver. Vissa intervjuade ger uttryck för att problemet med bristande läkartillgång beror på att bemanningen inte har förändrats över tid trots att omfattningen på uppdraget och därmed behoven märkbart förändrats. Andra intervjuade ger uttryck för att bristande läkartillgång kanske snarare är kopplat till traditionella arbetssätt och bristfälligt nyttjande av resurser som faktiskt är lämpligast för att lösa ett behov. Med andra arbetssätt så skulle läkarbristen kanske inte upplevas lika omfattande. En samstämmig bild som ges av samtliga som medverkat i beskrivningen av nuläget är att en behovsstyrd vård kräver tillgång till olika kompetenser och ett team där förutsättningar

[36] Se kap. 10.2.3 i SOU 2018:39, God och nära vård. En primärvårdsreform
[37] SOU 2020:19, s. 209 God och nära vård - en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

ges att nyttja all legitimerad personal, inte bara läkare och sjuksköterskor, som kan planera och ordinera den vård som ska tillhandahållas.

En central del i behovsstyrd vård är enligt de intervjuade att patienten uppfattar sig ha en god planering av sin vård, kan vara med i utformningen av den och att det finns möjlighet att ha anhöriga involverade. Här finns enligt de intervjuade ett stort utvecklingsbehov i nuvarande arbetssätt. Viljan är stor att jobba med delaktighet och involvering, men det finns mer att göra inom området. De intervjuade återkommer till att en fungerande behovsstyrd vård och en god samordnad planering kräver en fungerande teamsamverkan där det finns olika professioner involverade. De intervjuade understryker att det ofta är frågan om andra kompetenser än just läkare.

De intervjuade ger också uttryck för att den tradition av ekonomistyrning, vilket i huvudsak påverkar på en övergripande nivå i planering och samordning av vården, även sipprar igenom systemet och påverkar synen på hur behov ska tillgodoses. Ekonomistyrningen uppfattas vara ett bränsle för förhandlingskulturen vilken i sin tur inte främjar ett gränsöverskridande tänk där behov tillgodoses utan hänsyn till huvudman och vårdgivare. Samtliga intervjuade understryker att en effektiv vård kräver ett behovsstyrt arbetssätt där insatser är differentierade och anpassade utifrån individ. I ett sådant arbetssätt är det väsentligt att alla parter i teamet har samma inställning till att behoven ska tillgodoses på bästa sättet utan hänsyn till organisatoriska gränser. Det understryks också att det finns en mängd goda exempel från vardagen då vården faktiskt till fullo ges i linje med vad som är ambitionen med en god och nära vård. Inte minst pandemin har påvisat verksamhetens kapacitet att lösa behov på bästa sätt utifrån den enskilde patientens behov och att det sker i nära samverkan mellan olika professioner och utan organisatoriska hinder. Det är dock inte givet att den kulturen är den allmänt rådande hos alla parter och i alla avseenden.

Uppsala kommun och Region Uppsala har gemensamma rutiner för arbetet med samordnade individuella planer. Riktlinjen ska utgöra ett stöd och ger uttryck för att den omfattar all verksamhet där det bedrivs socialtjänst och hälso- och sjukvård. Vid intervjuer framgår dock att samordnade individuella planer används i varierande grad och inte i den omfattning som torde vara motiverat. Det uppfattas således vara ett utvecklingsområde. Kommunen sitter inte på några sammanställda underlag eller tillgänglig verksamhetsstatistik som kan påvisa när och hur samordnad individuell plan (SIP) används och om de finns några skillnader inom kommunen beroende på ex. glesbygd, vårdgivare, team etc. Däremot så har de tillsammans med Region Uppsala tittat specifikt på förekomsten av SIP i kommunikationsverktyget Prator. De kan konstatera att personer i Uppsala län som har eller har erbjudits en SIP i relation till antal in- och utskrivna är anmärkningsvärt lågt. Antal skickade initiativ i Prator var i snitt ca 24 per månad vilket är en minskning från 2019 till 2020. Den data vi tittat på gäller hela länet och inte specifikt Uppsala kommun. Vi har dock inte fått några indikatorer på att det skulle vara några avvikelser just för Uppsala kommun.

Arbetet med patientkontrakt är på gång, och det finns en struktur för att gemensamt jobba med hur patientkontrakt i praktiken ska hanteras. Strukturen behöver fyllas med innehåll och arbetet implementeras och sättas igång i praktiken.

Det finns en rad olika processer där de intervjuade särskilt ser behov av utveckling och att det bör göras med fokus på hur behov hos den enskilde patienten bäst tillgodoses. Det handlar både om kommuninterna processer såsom säkerställandet av att rätt kompetenser bidragit vid myndighetsbeslut om insatser exempelvis vid hemgång till hemvård och kommunal hälso- och sjukvård. Vårdplaneringen här brister, vilket gör att förberedelserna för mottagande blir bristfällig. Enligt de intervjuade fanns tidigare hälso- och sjukvårdskompetens i det beslutande teamet inom kommunen, men det betonas av vissa intervjuade att det handlar om att samverka med dessa kompetenser inom regionen och kommunen. Processutformning för vård och utskrivning från psykiatrin karakteriseras också av utmaningar. Uppfattningen är vidare att bland annat rehabkedjan brister idag och att rehabinsatserna behöver förstärkas. Bland annat ger de intervjuade uttryck för att det saknas bedömningar rehabiliteringsbehov som start på rehabkedjan. Det ges också exempel på att processer och gemensam planering vid utskrivning varierar beroende på vårdavdelning vid sjukhuset och beroende på vårdgivaren i primärvården. Det finns exempel på när det fungerar bra, men en återkommande utmaning uppfattas vara bristande samsyn kring när olika kommunala insatser ska användas. Här ger de intervjuade uttryck för vikten av att regionen har en kunskap och förståelse för det kommunala uppdraget såväl vad det gäller hälso- och sjukvård men även vård- och omsorg.

Slutsatser avseende personcentrerad och behovsstyrd vård

Inom detta område har de nationella styrsignalerna tydligt höjt kraven genom ett flertal förslag för att skapa den personcentrerade och behovsstyrda vård i samverkan med både patienten och mellan huvudmän. De förslag som framkommit med individuella planer, patientkontrakt, delaktighet, behovsstyrning och patienten i centrum, är i grunden inget nytt för hälso- och sjukvården. Men det behöver enligt lagstiftaren i högre utsträckning praktiseras konsekvent och systematiskt i samtliga berörda uppdrag och processer. Därför skärps nu kraven för att fullt ut realisera dessa begrepp.

Vår bedömning är att den samordnade planeringen lyfts fram som högst centralt av såväl litteratur som tjänstepersoner vid intervjuer. Trots denna medvetenhet är vår uppfattning att detta är en märkbar brist i nuvarande arbetssätt. Utredarna lägger fram en rad förslag för att stärka kraven och därmed styrsignalerna avseende nödvändigheten av god planering med patienten, men vi kan samtidigt konstatera att kravet om SIP har funnits i lagstiftning en längre tid. Vår rekommendation med anledning av detta är att Uppsala kommun tillsammans med Region Uppsala behöver stärka de interna styrsignalerna avseende processen för samordnad planering. De signalerna behöver var så tydliga och så kännbara att de når samtliga vårdgivare och varje organisatorisk enhet. Det behöver också säkerställas att direktiven kring planering har en hög grad av tydlighet avseende vad som avses med att behoven ska vara behovsstyrda och vad som förväntas av olika aktörer för att påvisa att organisation eller andra faktorer har tillåtits vara styrande för vilken vård som ges.

Vi rekommenderar att den modell som skapas för när och hur planering ska gå till i grunden inte ska skilja sig beroende på om vården helt eller till delar utförs av regionanställda eller kommunanställda. Med det menar vi exempelvis att läkaren behöver se på teamet på samma sätt oavsett vilka huvudmän eller vårdgivare som

involveras. Vi tror också att det med fördel är en harmoniserande roll och ansvarsfördelning vilket innebär att en sjuksköterska anställd vid en vårdcentral och en sjuksköterska anställd i den kommunala hemsjukvården ska ha likvärdiga kanaler och processer för kontakt med nödvändiga resurser inom regionen. Vår bedömning är att det inte ser ut så i Uppsala idag, och vi tydliggör det mer i kommande kapitel avseende tillgänglighet.

Som vi nämnt tidigare är vår bedömning att samverkanskultur inom både region och kommun i Uppsala är en avgörande förutsättning för att kunna utveckla behovsstyrd vård och vi vill framhålla att det är viktigt att både kommunicera, leda och styra i riktning mot samverkanskultur. Det är enligt oss också viktigt att identifiera vad som hindrar en god samverkan. Vår bedömning är att bristande samverkan i vissa fall är ett symptom på att aktörerna inte lyckas hitta lösningar för att tillgodose befintliga behov. Ansvars- och skuldbördan till detta skjuts då mellan dessa parter. När så sker behöver tydliga strukturer och forum finnas för att lyfta frågan till en mer strategisk nivå där stöd till lösningar går att finna. Här ser vi att analysgrupper och samverkansgrupper som finns etablerade utgör en viktig del. De intervjuade ger uttryck för att svårigheter att samverka har sin grund i avsaknad till resurser och en stark ekonomistyrning som innebär osäkerhet avseende mandatet att hitta lösningar om dessa kräver att exempelvis tid och resurser.

Det är vår rekommendation att analysera goda exempel för att finna vägar framåt i detta arbete. Goda exempel från andra kommuner och regioner på modeller och arbetssätt för uppdrag och arbetsprocesser inom detta område som fungerar, skulle kunna ge lärdomar. Även om så gott som alla bryter ny mark inom detta område så kan man ha kommit olika långt på olika områden, och ändå lära av varandra. Att skapa nätverk för ömsesidigt lärande även på den operativa nivån och inte enbart på högsta chefsnivåerna, är en rekommendation.

Vad krävs?	Att göra
Individuella planer och patientkontrakt med personcentrerat innehåll som ges till den som behöver och begär det.	Fyll befintlig struktur med innehåll och implementera användningen av individuella planer och patientkontrakt i samtliga berörda arbetsprocesser och uppdrag.
Personcentrerade, behovsstyrda arbetssätt och väl fungerande gränssnitt mellan huvudmännens hälso- och sjukvård.	Finn goda exempel och lärdomar. Kartlägg hinder, analysera svårigheter och skapa lösningar. Kommunicera samverkanskultur.
Anhöriga som är nyckelpersoner, tillsammans med patienten.	Utforma modeller och arbetsprocesser för att i högre utsträckning involvera anhöriga utifrån individens önskemål, i dialog med och i ett gemensamt arbete tillsammans med denna grupp.

Hälsofrämjande arbete

Litteraturgenomgång

Inom utredningen God nära vård läggs förslaget att det inom primärvården ska tillhandahållas förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser.[38] I propositionen som behandlar utredningen framhålls att det krävs åtgärder från flera av samhällets sektorer för att förverkliga goda förutsättningar för hälsa men att hälso- och sjukvården är en central sektor i detta arbete.[39] Utgångspunkten för detta arbete bör vara olika befolkningsgruppers livsvillkor å ena sidan, och å andra sidan hälsotillstånd. Enligt de av riksdagen beslutade riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården delas vården in i prioriteringsgrupper, och enligt dessa riktlinjer ska prevention och habilitering/rehabilitering prioriteras före t.ex. mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.[40] Grunden för detta är att genom att förebygga eller skjuta upp insjuknande i akuta eller kroniska sjukdomar eller minska risken för återinsjuknande, kan såväl mänskligt lidande undvikas som de begränsade gemensamma resurserna användas mer effektivt. En stor del av det arbetet sker utanför hälso- och sjukvården, men primärvården ska vara delaktig i samarbete med skola, civilsamhälle, företagshälsovård m.m.

Mot bakgrund av att det förebyggande arbetet ska vara högt prioriterat, men trots detta ofta hamnar i skymundan av arbetet med mer synliga behov, anser regeringen att prevention ska anges som en del av primärvårdens grunduppdrag. Regeringen föreslår vidare att det av bestämmelsen ska framgå att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar.[41]

SKR har också definierat en målbild för en god och nära vård där en av tre punkter är att den *god och nära vård bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv.* Vikten av det hälsofrämjande arbetet lyfts även inom riktade områden såsom “Kraftsamling för psykisk hälsa”. Det handlar om att individer ges förutsättningar att uppnå bästa möjliga hälsa och är rustade att nå sin fulla potential. Det betyder att det behöver finnas välfungerande och behovsanpassade välfärdstjänster som möter detta.

Utgångspunkter för nulägesanalys

Det är tydligt att det proaktiva och det hälsofrämjande arbetet har en central roll och är en mycket betydande ingrediens i ett väl fungerande system för en god och nära vård. Vi har därför lagt med det hälsofrämjande arbetet som ett särskilt område vid nulägesanalysen. Vid utredningen av nuläget så studerar vi såväl förekomst av strategier och planer för området som hur det hälsofrämjande arbetet är en naturlig

[38] SOU 2018:39, s. 342, God och nära vård. En primärvårdsreform
[39] Regeringens proposition 2019/20:164, sid 80. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård. En primärvårdsreform
[40] Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186
[41] Regeringens proposition 2019/20:164, sid 80. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård. En primärvårdsreform

ingrediens i det operativa arbetet. Det är väsentligt att det hälsofrämjande arbetet når alla grupper och är behovsanpassat oavsett funktionsnedsättning eller andra omständigheter.

Nuläge avseende hälsofrämjande arbete

Det finns en inriktning mot hälsofrämjande arbete i Uppsala kommun. Kommunen är en så kallad ”Äldrevänlig kommun” och medlem i Världshälsoorganisationens nätverk för äldrevänliga städer. Det finns en handlingsplan för äldrevänlig kommun med åtgärder, tidplan samt ansvariga för genomförande av åtgärder. Handlingsplanen beskriver även när och hur åtgärderna ska följas upp. Inom handlingsplanens åtgärdsområde “Hälsa och välbefinnande” finns en mängd åtgärder för att skapa förutsättningar för ett hälsosamt åldrande. Några exempel är att Äldrenämnden, Idrotts- och fritidsnämnden, Kommunstyrelsen, Uppsala kommun Sport- och Rekreationsfastigheter har arbetat för att äldre och personer med funktionsnedsättning ska uppleva trygghet, frihet och tillgänglighet. Det har därför etableras fler träffpunkter för 65+, seniorrestauranger och utvecklat arbete med friskvårdsinfrastruktur, i synnerhet på landsbygden. Under våren startade också ett pilotprojekt med seniorluncher i skolan som komplement till befintliga seniorrestauranger. En utredning för att erbjuda seniorluncher på privata restauranger är avslutad.

Därutöver har Idrotts- och fritidsnämnden beslutat att anta riktlinjer för äldres tillgång till fysisk aktivitet (IFN-2019-0118) i samverkan mellan idrotts- och fritidsnämnden, riksförbundet SISU Uppland, äldrenämnden, omsorgsnämnden och kulturnämnden. Vidare är ett projekt med mobila träffpunkter med fokus på landsbygden i uppstartsfasen. Projektet har pausats under covid-19 men kommer återupptas så snart som möjligt och därefter utvärderas. Samverkansmöten och möjligheten att utveckla föreningsdrivna aktiviteter vid träffpunkterna har också försenats av rådande pandemi.

Kommunen stödjer även föreningar som erbjuder aktiviteter för förbättrad folkhälsa genom bland annat föreningsbidrag. En utredning om föreningsbidrag och idéburet offentligt partnerskap (IOP) är under framtagande. Arbete har inletts för att undersöka möjligheterna att ekonomiskt stödja föreningar och organisationer som erbjuder friskvårds- eller hälsofrämjande aktiviteter för äldre.

Utöver insatser riktade mot äldre beskrivs att kommunen arbetar med arbetsträffspunkter, anhörigcentrum, insatser inom socialpsykiatri, samt LSS, vilket är i linje med att ansvaret för hälsofrämjande arbete ligger hos olika verksamheter och drivs av individernas behov.

I Uppsala kommun arbetar omsorgsnämnden utifrån *Program för full delaktighet för personer med funktionsnedsättning*, med tillhörande handlingsplan. Arbetet fokuserar på att säkerställa ökad trygghet, stärkt upplevelse av frihet, delaktighet och självbestämmande för målgruppen och därmed även förebygga psykisk ohälsa för personer med funktionsnedsättning i alla åldrar.

I verksamhetsberättelsen 2020 för Hälsa, stöd, vård och omsorg - HSVO Uppsala beskrivs hur arbetet med hälsofrämjande, stödjande, förebyggande, effektiv och

samordnad vård och omsorg har skett under 2020.[42] Uppsala kommun har bland annat genomfört projektet "Goda levnadsvanor" i samverkan med regionen för att systematiskt arbeta för att implementera hälsosamma levnadsvanor bland medborgare utifrån ny ViS riktlinje. Riktlinjen som benämns *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* innehåller centrala rekommendationer för att förändra ohälsosamma levnadsvanor. De målgrupper som lyfts fram är vuxna generellt, samt fyra riskgrupper där särskilt rekommenderade åtgärder betonas för vuxna med särskild risk, vuxna som ska genomgå en operation, barn och unga under 18 år, samt gravida.[43]

Projektet Goda levnadsvanor har drivits av omsorgsnämnden, socialnämnden och äldrenämnden och riktats mot personer med funktionsnedsättning och äldre. Projektet finansierades av nationella medel från satsningen *Psykisk hälsa.* Syftet med projektet har varit att stärka hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder i kommunens verksamheter. Åtta verksamheter från nämnderna deltog.

Därtill arbetar HSVO med samverkan kring det suicidpreventiva arbetet. Inom Uppsala län har kommunerna gemensamt tagit fram en vägledning till suicidpreventivt arbete på uppdrag av tjänsteledning HSVO. I Uppsala kommun har vägledningen med tillhörande aktiviteter implementerats i kommunens fyra sociala förvaltningar, utbildningsförvaltningen, kulturförvaltningen och stadsbyggnadsförvaltningen. Aktiviteterna omfattar bland annat att utse suicidpreventionsombud inom förvaltningarna och utbilda egna instruktörer i Första hjälpen för psykisk hälsa. Målet med arbetet är att inom kommunen långsiktigt och i förebyggande syfte öka förståelsen för psykisk ohälsa och förebygga självmord. Därtill ingår Uppsala kommun i nätverk för utvecklings- och erfarenhetsutbyte med de övriga kommunerna i länet, region Uppsala, och statliga aktörer.

I intervjuer och workshops har det framhållits att det krävs att de ekonomiska fördelarna med förebyggande arbete blir tydligt. Idag saknas kompetenser som kan påvisa resultatet av insatser. Det saknas exempelvis hälsoekonomer som kan göra beräkningar på effekterna av det förebyggande arbetet.

Slutsatser avseende hälsofrämjande arbete

Det finns en rörande samstämmighet kring att det är lätt att prioritera bort det förebyggande arbetet till förmån för det som är mer akut. Men detta kan vara en onödigt kostsam väg att gå på längre sikt, både i termer av mänskligt lidande och för samhällsekonomin. Det kopplar an en hel del till de resonemang vi fört i föregående avsnitt som handlar om prioritering av planering.

Vår bedömning är att Uppsala kommun har en bra utgångspunkt i sin strategi och handlingsplan för sitt förebyggande och hälsofrämjande arbete riktat till äldre. Vi ser också att det inom kommunen genomförs projekt och insatser som är kommunövergripande och därmed involverar kommunens olika verksamheter. Det är

[42] Uppsala kommun, 2021. Verksamhetsberättelsen 2020. Hälsa, stöd, vård och omsorg - HSVO
[43] Socialstyrelsen, 2018. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor

dessutom positivt att Uppsala kommun i enlighet med litteratur och framtagna underlag samverkar med olika samhälleliga sektorer i frågan. Slutligen ser vi en styrka i att särskilda ställningstaganden har gjorts för att finns insatser som når kommunens alla delar och då även landsbygd.

Vi har dock inte tagit del av någon strategi eller plan som tydliggör hur kommunen arbetar för hälsofrämjande insatser riktade till personer som tillhör personkrets enligt LSS.

Något vi inte har studerat i nulägesanalysen och därmed inte kan bedöma är hur information om aktiviteter och insatser sprids till de målgrupper som de berör. Det handlar både om att nå ut till dem, som på annat sätt inte har kontakt med kommunen i övrigt, men de handlar också om att fånga de som idag har insatser och exempelvis insatser via kommunal hälso- och sjukvård. Vi kopplar här an till de individuella planer som ska upprättas kring patienter och vikten av att dessa planer har ett tydligt fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser även i de avseenden dessa är att anse som sekundärpreventiva. Här ser vi att särskilda funktioner blir tydliga bärare av kunskap avseende hälsofrämjande insatser, men att det är väsentligt att kunskapen sprids så att den kan nyttjas av så många som möjligt och därmed nå så många patienter som möjligt.

Vi rekommenderar att de hälsofrämjande insatserna ska bli en naturlig del i framtagandet av individuella planer och patientkontrakt för samtliga målgrupper. Vår rekommendation är också att effekterna av förebyggande insatser på en aggregerad nivå utvärderas och mäts för att ge lärdomar kring vilka effekter och ekonomiska konsekvenser olika typer av insatser leder till.

Vad krävs?	Att göra
Ökat fokus på hälsofrämjande arbete i de individuella planerna.	Skapa strukturer för planering av vården så att hälsofrämjande insatser blir en naturlig del av vården.
Att förebyggande insatser utförs som har en hög samhällsekonomisk lönsamhet.	Identifiera olika typer av insatser som kan vara aktuella att utveckla. Utvärdera och skatta effekter och nytta av dessa insatser.

Förutsättningar att dela information

Litteraturgenomgång

En personcentrerad vård förutsätter jämlik samverkan mellan medarbetare inom hälso- och sjukvård och patienten. Det innebär bland annat att samma informationsmängd behöver finnas tillgänglig för båda parter, samt att det finns möjlighet att samskapa de aktiviteter som ska genomföras hos patienten.[44] Inom det personcentrerade arbetssättet är därmed digitalisering en viktig möjliggörare för att överföra information, kommunicera och skapa närhet mellan patienten och dennes hälso- och sjukvård. Att samverka och samordna insatser kräver ett fungerande informationsutbyte om patienten. Det finns behov av en samlad dokumentation som följer individen, och som är nåbar när den behövs.[45] Detta ger dock inte nuvarande lagstiftning tillräckliga förutsättningar för. Avsaknaden av fungerande stöd för informationsutbyte försvårar samverkan och leder till utmaningar kring helhetsförståelsen för patienten och dennes vård och insatser, och det kan även vara ett allvarligt patientsäkerhetsproblem.[46]

Det finns i dag tekniska möjligheter att enkelt överföra digital information på ett sätt som tidigare inte varit möjligt. Samtidigt innebär den ökade digitaliseringen och dessa möjligheter till elektronisk utlämning av känsliga personuppgifter att det uppstår nya risker för intrång i den personliga integriteten. Behoven av informationsutbyte inom hälso- och sjukvård behöver därför vägas mot behoven att säkerställa integriteten, eftersom uppgifter om människors hälsa och livssituation är information av integritetskänslig karaktär.

I SOU 2021:4 ges två förslag på möjligheten att införa åtkomst, såväl mellan verksamheter inom socialtjänsten som mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Förslagen bygger på nuvarande bestämmelser inom hälso- och sjukvården, där patientdatalagens bestämmelser om sammanhållen journalföring, ger möjlighet att utbyta information om patienter mellan olika vårdgivare. Förslagen är således utformade med sammanhållen journalföring som förebild.[47]

Utredningen föreslår även ett system med “sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation” som ger verksamheter inom socialtjänsten som avser äldre eller personer med funktionsnedsättningar och hälso- och sjukvården möjlighet att få tillgång till varandras vård- och omsorgsdokumentation genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, så länge personen samtycker till detta. Det är dock frivilligt för vård- och omsorgsgivare att använda dessa utökade möjligheter som lagen ger.

För att hantera de integritetsrisker som uppstår vid överföring av dokumentation föreslår utredningen att det ska införas ett antal bestämmelser som stärker integriteten. Dessa bestämmelser innebär exempelvis att absolut sekretess ska gälla för så kallad överskottsinformation vid direktåtkomst. Vidare ska personen informeras om vad den

[44] SOU 2020:19, s. 24. God och nära vård - en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem
[45] SKR, 2020, s. 7. Vård och omsorg i hemmet
[46] SOU 2020:80, s. 15. Delbetänkande äldreomsorgen under pandemin
[47] SOU, 2021:4. Informationsöverföring inom vård- och omsorg - delbetänkande

sammanhållna vård- och omsorgsdokumentation innebär och om att hen kan motsätta sig att uppgifter görs tillgängliga på detta sätt. Det krävs också ett aktivt lämnat samtycke innan en vård och omsorgsgivare får ta del av personuppgifterna.

Utgångspunkter för nulägesanalys

Utifrån ovanstående bakgrund har vi kartlagt huruvida kommunen är redo för dessa eventuella förändringar. Sker dokumentation idag på ett strukturerat och standardiserat sätt som innebär att olika professioner och funktioner kan få ut nödvändig information? Kommer förslagen på justeringar i regelverk lösa de hinder som idag uppfattas vad gäller delandet av information?

Nuläge avseende förutsättningar att dela information

Det finns en handlingsplan för digital transformation i Uppsala kommun. Den har tagits fram för att samordna och styra kommunkoncernens sammantagna arbete med digital transformation. Handlingsplanen pekar ut riktningen för vad Uppsala kommun vill uppnå inom området, och tydliggör förväntade resultat och effekter. En åtgärd inom denna handlingsplan för digital transformation är "Utred och säkra juridiska förutsättningar, inklusive samtycke, för digital kommunikation och informationsöverföring inom vård och omsorg samt utbildning".[48] Omsorgsnämnden och Äldrenämnden har också, som ett led i målet om en äldrevänlig kommun och att personer med funktionsnedsättning ska uppleva trygghet och frihet och tillgänglighet, haft i uppdrag att verka för en gemensam digital journal tillsammans med Region Uppsala. Uppdraget är dock stoppat och kommer inte genomföras. Anledningen är att en gemensam digital journalföring tillsammans med Region Uppsala inte anses möjlig på grund av gällande lagstiftning. Kontinuerlig samverkan sker mellan kommunen och Region Uppsala för att utveckla samordning av patienter.

Förutsättningar för att kommunicera digitalt är i dagsläget inte optimala ur ett tekniskt perspektiv, och det finns fortfarande juridiska hinder för ett väl fungerande informationsutbyte, även om det finns förslag på lösningar i SOU 2021:4. Det framhålls samtidigt att det finns stora förhoppningar kring lagförslagen vad gäller informationsdelning.

Ett nytt verksamhetssystem har just införts i Uppsala kommun men det har inte upphandlats i samverkan med regionen, och inte utifrån perspektivet att det ska kunna kommunicera väl i samverkansprocesser med regionen. Detta noteras av de intervjuade, samtidigt som behoven att kommunicera mellan region och kommun när det gäller överföring av patientinformation inte poängteras specifikt i handlingsplanen för digital transformation. Även workshopdeltagarna uttrycker att det saknas ett gemensamt arbete kring hur informationsöverföringen ska ske inom SIP. Därtill framkommer det under workshop med kommunen att det saknas möjligheter till krypterade mail mellan regionen och kommunen. Generellt så uppfattas brister i förutsättningarna att få en önskvärd information utgöra en patientsäkerhetsrisk. Detta gäller särskilt när patienten har kontakt med flera olika huvudmän och vårdgivare, exempelvis vid utskrivning från slutenvården till primärvården blir detta tydligt. Det uppfattas också i vissa fall uppstå en bristande rättssäkerhet då myndighetsbeslut tas

[48] Uppsala kommun, 2020. Handlingsplan för digital transformation

utan tillräcklig information om behov. Här kan det enligt de intervjuade handla om en okunskap eller en otydlighet i vad beslutsfattaren, biståndshandläggaren, behöver för underlag för sin bedömning och sitt beslut. Ett problem kan vara när informationen består av förslag till insatser och hur dessa ska utformas istället för beskrivningar av behov.

Slutsatser avseende förutsättningar att dela information

Vår bedömning är att nuvarande regelverk skapar hinder i målet om att nå en patientsäker vård som utgår från den enskildes behov och där flera olika huvudmän och vårdgivare samverkar i utförandet. Här behöver det till justeringar i lagstiftningen som underlättar för detta. Vi vill dock understryka att det finns ett omfattande arbete att göra för Uppsala kommun och regionen för att vara redo och dra nytta av ev. förändrade förutsättningar att dela information eller att kunna bedriva en god vård under de förutsättningar som råder.

Idag finns det exempel på system som används för att kommunicera mellan regionen och kommunen, men vi kan konstatera att den information som lämnas mellan olika aktörer inte alltid fyller sitt syfte. Det kan handla om att informationen är för knapphändig, för svårtolkad eller inte ger svar på de frågor som önskas. Vår rekommendation är att särskild kraft läggs på att standardisera information kopplat till de individuella planerna och de vårdgivare som finns involverade i detta. Det bör även tas ett helhetsgrepp avseende de informationssystem som finns eller som är avsedda att användas i framtiden för att säkerställa att dessa ger förutsättningar för de arbetssätt som följer med en god och nära vård där team arbetar samordnat. Vår bedömning är att detta är en central fråga som kommer att utgöra en grundförutsättning för att skapa den trygghet som efterfrågas både hos personal och hos patienter. Hur patienterna ska ha tillgång till sin information och ha möjlighet att bidra till utformningen av vården behöver vara en given del i informationsutvecklingen.

Det är vår bedömning att det krävs resurser och samverkan kring digitalisering för att uppnå målsättningarna med god och nära vård. Informationsöverföring mellan olika journalsystem eller andra informationssystem mellan regioner och kommuner kräver investeringar i antingen nya IT-system, alternativt i att anpassa och förändra gamla IT-system samt att bygga kopplingar mellan dem. Att komma överens om dessa kopplingar och i vilket format data ska överföras mellan systemet är en utmaning som inte ska underskattas och som man arbetat mycket med inom hälso- och sjukvården gällande ett gemensamt journalsystem (exempelvis projektet 3R). Även om man lyckas överkomma de juridiska övergripande problemen så är det således ofta svårt att modifiera gamla/befintliga IT-system och få bra lösningar för informationsutbyten. Detta är därför kostsamt men kräver även kompetens av beställarorganisationen av IT. Detta gäller både på region- och på kommunsidan, vilket gör det än mer utmanande när man har olika system.

Samtidigt så är det ett tydligt behov för verksamheter som ska kunna erbjuda personcentrerad och behovsstyrd vård, att ha tillgång till en samlad dokumentation som följer individen, så snart lagstiftningen medger detta. Det är mot den bakgrunden vår bedömning är att det finns ingen annan väg framåt än att investera i såväl teknik

som kompetens för att kunna hantera ovan nämnda utmaningar med de tekniska förutsättningarna, och att också kunna använda denna teknik, så den ger det värde för patienter och verksamheter som den har potential att ge.

Vad krävs?	Att göra
Samlad patientdokumentation som följer individen.	Implementera tekniska lösningar för att möjliggöra en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation Utbilda medarbetarna.

Tillgänglighet och digitalisering

Litteraturgenomgång

Ett av regeringens tre grundläggande mål som en stärkt primärvård förväntas bidra till kopplar till att tillgängligheten till primärvården ska öka. Ökad digitalisering anses vara en betydande faktor för detta.[49]

Regeringen har tillsammans med SKR tagit fram en strategi för att öka utvecklingstakten i genomförandet av strategin Vision e-hälsa 2025, där målet är att Sverige ska vara bäst i världen till år 2025 på att använda de möjligheter som digitalisering och e-hälsan ger, i syfte att underlätta för medborgare att uppnå en god och jämlik hälsa.[50] Regelverk, standarder och mer enhetlig begreppsanvändning ska skapa grundläggande förutsättningar för att uppnå visionen. Individen ska vara medskapare inom vården, där en målsättning är att välfärdsteknik och digitala stöd ska erbjudas i hemmet. Hälso- och sjukvården ska vara tillgänglig och närvarande genom digitala tjänster för att underlätta kontakt.

Vård- och omsorgsanalys rapport "Nära vård i sikte" visar att den fysiska primärvårdskonsumtionen per invånare har minskat, medan den digitala konsumtionen ökat stort. Detta har till viss del drivits av pandemin,[51] men digitaliseringen drivs framförallt av ökade förväntningar från patienter, tillgång till nya digitala stöd, samt en alltmer digitaliserad omvärld. Digitaliseringen inom hälso- och sjukvården medför möjligheter att utveckla arbetssätt, nya tjänster och hantera information mer effektivt, samtidigt som utvecklingen kräver både ekonomiska och personella resurser. För att hantera detta får kommunerna riktade statsbidrag som ska användas för investeringar i teknik och/eller avsättas för personella resurser.[52]

Vårdanalys analyserar även tillgängligheten till god och nära vård på landsbygden och drar slutsatsen att vissa aspekter av tillgänglighet och kvalitet skiljer sig åt i olika delar av landet. Exempelvis är långa avstånd, brister i kontinuiteten och sämre resultat för medicinska utfallsmått ibland mer uttalade i landsbygden. Men Vårdanalys drar ändå slutsatsen att skillnader mellan stad och land i sig inte är den viktigaste utmaningen för en god hälsa och vård på lika villkor. Skillnader mellan personer med olika hälsa och socioekonomi framstår istället som mer centrala. Samtidigt är dessa utmaningar större i landsbygden som en konsekvens av de demografiska förhållandena, vilket innebär att vissa utmaningar är större på landsbygden.[53]

Digitala verktyg kan frigöra tid och ge utrymme för en närmare vård och omsorg och kontakt där människors behov och förväntningar tillgodoses på nya sätt. Inom kommuner har utvecklingen av digital teknik i ordinärt boende ökat, med bland annat trygghetskamera nattetid och användning av videostöd vid samordnad individuell

[49] SOU 2019:29. s. 18. God och nära vård – Vård i samverkan
[50] Regeringskansliet & SKR, 2016. Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård
[51] Ibid.
[52] Regeringskansliet & SKR, 2020. En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025. Nästa steg på vägen 2020-2022.
[53] Vårdanalys, 2021, Långt bort men nära

planering.[54] Digitalisering kan även skapa möjligheter kopplat till läkarmedverkan, där läkarbesök exempelvis kan ske digitalt. Samtidigt noterar SKR att många medarbetare ser digitalisering mer som ett hinder än en möjlighet.[55] Därtill beskriver Socialstyrelsen hur införandet av välfärdsteknik går långsamt inom flera kommuner eftersom en stor andel av tekniken är pilotprojekt och inte införs i större utsträckning inom verksamheterna.[56]

Socialstyrelsen lyfter fram hur utvecklingen av digitala verktyg och system behöver vara väl anpassade utifrån både patientens och verksamhetens behov. För kommunen innebär detta bland annat att investeringar i såväl teknisk utrustning som lämplig utbildning och kompetensutveckling till personalen, behöver prioriteras.[57] Det konstateras att det finns stora regionala skillnader i den digitala vårdkonsumtionen, vilket leder till frågor om jämlikhet. De flesta som använder digitala tjänster är unga med mindre vårdbehov, vilket tyder på att den äldre gruppen med stora vårdbehov inte nyttjar denna plattform i så stor utsträckning ännu.[58]

Framgångsfaktorer för den digitala utvecklingen inom den kommunala hälso- och sjukvården är flera. kompetensutveckling, styrande dokument för digitaliseringsplaner, samt resurser är faktorer kommunen själva kan påverka som framhålls som väsentliga av Socialstyrelsen.[59] Därutöver är kommunens organisering av resurser en central faktor för att gynna och nyttja digitala möjligheter. Socialstyrelsen konstaterar att digitaliseringen handlar mer om organisationsutveckling än inköp av teknikprodukter. Detta visar sig i svårigheten att omvandla pilotprojekt till ordinarie drift vilket innebär att utvecklingsarbete och pilotverksamhet görs förgäves och kvalitets- och effektivitetsvinsterna uteblir.

Utgångspunkter för nulägesanalys

Det är tydligt att den digitala utvecklingen medför goda möjligheter till förbättrad service och tillgänglighet samtidigt som det möjliggör frigörande av tid. Utvecklingen ställer dock särskilda krav på resurser och kompetens. Digitala tjänster behöver anpassas för att vara användbara för olika målgrupper och deras behov, vilket är centralt för att uppnå en jämlik tillgång till vård. I en tid när den digitala primärvårdskonsumtionen ökar behöver kommunen därmed vara rustade för att hantera denna efterfrågan på ett effektivt sätt.

Med detta som utgångspunkt har vi i nulägesanalysen studerat hur den digitala utvecklingens möjligheter tillvaratas inom Uppsala kommun. Nulägesanalysen har sin utgångspunkt i hur de intervjuade i verksamheten uppfattar samarbetet med IT kring dessa frågor, och vilka styrande dokument som finns för det digitala utvecklingsarbetet. Vi har även studerat hur verksamheten uppfattar tillgången till resurser som finns tillgängliga för digital utveckling, hur dessa används, och hur kommunen arbetar med och tillvarata goda exempel inom området. Nulägesanalysen inom området är därmed

[54] Socialstyrelsen, 2021. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna
[55] SKR, 2020. Vård och omsorg i hemmet
[56] Socialstyrelsen, 2021. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna
[57] Ibid.
[58] SKR, 2021. Nära vård i sikte
[59] Socialstyrelsen, 2021. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna

inte heltäckande utan området kräver en särskild utredning för att i detalj ge en fullvärdig beskrivning.

I nulägesanalysen har vi även ställt särskilda frågor avseende kompetensutveckling för personal och patienter, vilket är avgörande för att tillvarata nyttor och effekter från tillgängliga digitala verktyg och system.

Nuläge avseende tillgänglighet och digitalisering

Som även nämnt i föregående kapitel så har Uppsala en handlingsplan för digital transformation.[60] En åtgärd i planen är "Samverka i syfte att skapa helhet för invånare som söker vård och omsorg. Detta genom att verka för nationellt mål om *digitalt först*[61] tillsammans med Region Uppsala och andra relevanta aktörer". Det arbetet fortlöper under perioden 2022–2025. En annan åtgärd i planen är "Utred och ta fram en plan för vad som behövs i termer av infrastruktur och annan utrustning för att kommunen ska kunna utnyttja välfärdsteknikens möjligheter i särskilt och ordinärt boende" vilket är ett pågående arbete under 2021 för Kommunstyrelsen, Omsorgsnämnden och Äldrenämnden.

Vid genomförda intervjuer har det framkommit att den tekniska utvecklingen går fort i vissa delar, medan den digitala mognaden inte hänger med och ofta brister. Digitalisering och digitalt utanförskap anses hos de intervjuade vara en utmaning som blir särskilt tydlig för delar av den grupp som nyttjar många av kommunens vård och omsorgsinsatser samt hälso- och sjukvårdsinsatser.

Inom det arbete som Uppsala kommun gör inom nätverket "Äldrevänliga kommuner" finns ett antal uppdrag åt kommunens nämnder och bolagsstyrelser att arbeta med. Bland annat ska Omsorgsnämnden och Äldrenämnden motverka det digitala utanförskapet hos äldre och personer med funktionsnedsättning genom stödinsatser. Därav bedriver kommunens omsorgsverksamhet ett projekt för att personer med funktionsnedsättning ska kunna använda modern teknik i sin vardag och kommunens äldreomsorg har under året utvecklat nya och mer effektiva välfärdstjänster. Teknik har införts på vårdboenden i form av surfplattor och andra bildskärmar för underhållning, utbildningsinsatser och för brukarnas sociala kontakter med närstående.

En annan aktivitet som åligger kommunstyrelsen och äldrenämnden i Uppsala kommun är att arbeta för att wifi blir en norm på vård- och omsorgsboenden. Den enskilde brukaren har redan idag tillgång till internet i sin lägenhet om denne bekostar ett eget abonnemang. Möjlighet till wifi finns med som krav vid nya boenden i förslaget till det funktionsprogram som äldrenämnden ska behandla under hösten. För befintliga kommunala boenden pågår arbete med wifi.

Slutsatser avseende tillgänglighet och digitalisering

Inom detta område finns det utvecklingspotential och även brister som hämmar

[60] Uppsala kommun, 2020. Handlingsplan för digital transformation

[61] Digitalt först är ett regeringsmål som uttrycker att digitala tjänster, när det är möjligt och relevant, ska vara förstahandsval i den offentliga sektorns kontakter med privatpersoner och företag.

verksamheterna. Vår bedömning är att mognaden för den förändring som krävs inte alltid är tillräcklig vare sig hos brukare eller medarbetare. Vi rekommenderar därför att Uppsala kommun tillsammans med andra aktörer lägger vikt vid att den teknik som införs är användarvänlig och anpassad till målgruppen. Ett lämpligt sätt är att hålla användaren involverad i utvecklingen av produkter och tjänster och att faktiskt observera hur användandet ser ut. Vi har inte studerat arbetet med välfärdstekniken och implementeringen i Uppsala kommun närmare och kan därför inte göra några djupare analyser. Rekommendationen stannar således vid behovet att säkerställa att mognaden och kunskapen hos användaren går i takt med utvecklingen.

Andra brister är de rent tekniska med tillgång till wifi, program som kan kommunicera med regionens program etc. På landsbygden kan denna utmaning vara ännu större, om man saknar fiber och mobilt internet är dåligt utbyggt. Emellertid pågår det arbete på detta område inom den handlingsplan som antagits, för att föra arbetet framåt.[62]

Inom detta område kan det rekommenderas att ha en omvärldsspaning för lära av andra kommuner och regioner, och följa utvecklingen. Det finns goda exempel att dra lärdom av och det finns exempelvis många olika elektroniska produkter för hemsjukvård, men utrustningen är inte alltid användarvänlig och har ofta barnsjukdomar varför erfarenhetsutbyte är värdefullt. Den teknik som implementeras behöver dessutom fungera ihop med IT-system och vara enkla att förstå och använda. Detta är en utmaning även om mognaden sakta ökar på området. Fördelen är dock att patienter ofta kan känna sig mer trygga i sitt hem och inte behöver åka in för standardundersökningar vilket ger ett ökat mervärde för patienterna.

PwCs uppfattning är att en utmaning med ökad digitalisering inom hemsjukvård är ökade kostnader i form av nya IT-investeringar och nya arbetssätt. Det är därför viktigt att kommunen arbetar med en plan för nyttorealisering på längre sikt och där såväl kvalitets-, produktivitets-, patient- och ekonomiska vinster definieras. I kombination med en ökad digitalisering så krävs det kompetensutveckling av befintlig personal i kombination med att anställa personal med verksamhetsnära beställarkompetens inom IT samt även ren IT kompetens. Vår bedömning är att det krävs både personella, omställnings-, utbildnings- och kompetensmässiga samt tekniska investeringar för att komma framåt på detta område, men att den potentiella nyttan troligen är stor på sikt.

Vad krävs?	Att göra
Användning av välfärdsteknik för att skapa en trygg, säker och effektiv nära vård.	Utbilda och informera medarbetare om möjligheter. Lär av andra kommuner. Driv projekt och försöksverksamheter initialt och utvärdera samhällsekonomiska effekter och nyttor.

[62] Uppsala kommun, 2020. Handlingsplan för digital transformation

Kompetensförsörjning och resurser

Litteraturgenomgång

Bemanning och kompetensförsörjning tas i litteraturen upp som avgörande frågor för framtiden för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå.[63] Flera aktörer bl.a. Vård och omsorgsanalys framhåller primärvårdens svårigheter att hitta personal, och att det råder kompetensbrist inom både regioner och kommuner.[64] Utmaningar inom kompetensförsörjning omfattar både att samordna kompetensmixen, och att erbjuda en attraktiv och sund arbetsmiljö för personal inom vården. Bland annat har undersköterskor och annan personal inom hemtjänst, äldreboende och hemsjukvård dubbelt så hög sjukskrivningsgrad än samtliga anställda, vilket påverkar kontinuitet, kvalitet och skapar otrygghet för äldre.

Arbetsförmedlingen gör i prognosen ”Här finns jobben 2026” från 2021 bedömningen att det kommer råda stor brist på arbetskraft inom yrkeskategorin sjuksköterskor samt undersköterskor under de närmsta åren.[65] Därtill visar SCB:s prognos från 2019 att det kommer fortsätta råda brist på arbetssökande inom vård-och omsorgsutbildning på gymnasienivå åtminstone till 2024.[66]

Även SKR framhåller behovet att i ökad grad göra insatser för att förbättra kompetensförsörjningen.[67] SKR resonerar att kommuner har rätt att anställa alla yrkeskategorier utom läkare och att det i framtiden kan finnas behov av även andra kompetenser än de som är gängse idag. Idag finns sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i alla kommuner. Yrkesgrupper som dietister, farmaceuter och tandhygienister är ovanligare, men är enligt SKR intressanta i ett framtidsperspektiv. SKR framhåller även behovet av subspecialisering, till exempel inom rehabilitering, demens och vård i livets slut. Detta börjar bli allt vanligare bland omvårdnadspersonal i kommunerna. Det blir också vanligare att omsorgsuppgifter renodlas bland utbildad personal.

Vårdanalys har undersökt kvalitet, kompetensförsörjning och tillgänglighet till primärvård på landsbygden. En slutsats som dras i denna analys är att kompetensförsörjningen är en särskilt stor utmaning på landsbygden.[68] Vårdanalys ser behov av kontinuerliga insatser för att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjning, där det handlar om att attrahera, rekrytera och behålla personal.

För att ställa om till nära vård behöver resurser nyttjas mer effektivt, i såväl stad som landsbygd. Det nuvarande systemet beskrivs som för sjukhustungt och omställningen mot en god och nära vård innebär att primärvården behöver förstärkas ekonomiskt och med kompetens. Detta är särskilt viktigt för att möta behov för gruppen äldre, personer över 65 år, eftersom det är den grupp patienter som får den största delen av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. I och med demografiska förändringar och

[63] SOU 2019:29. s. 18. God och nära vård – Vård i samverkan
[64] Vård- och omsorgsanalys 2021:8. Nära vård i sikte
[65] Arbetsförmedlingen, 2021. Ny prognos: här finns jobben 2026
[66] SCB, dir. 2019:77
[67] SKR, 2020, s. 32. Vård och omsorg i hemmet
[68] Vårdanalys, 2021, Långt bort men nära

utvecklingen mot kortare vårdtider inom slutenvård omfattar den kommunala hälso- och sjukvården allt fler äldre som har komplexa vårdbehov och behöver avancerade insatser. Detta ställer förändrade och högre krav på kommunens personal som förväntas utföra allt mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser. Detta innebär att det krävs en överföring av resurser från sjukhusvård till primärvård.[69]

Medan regionernas kostnader för primärvård ökat långsamt under omställningen sedan 2017, har kostnadsökningen i kommunernas hälso- och sjukvård varit större. Samtidigt har enbart 10 % av medlen för satsningar på omställningen riktats till kommunerna, samtidigt som kommunerna står för en tredjedel av den samlade primärvårdens kostnader[70] vilket innebär att utmaningen med resurser kvarstår ur kommunens perspektiv.

Även SOU 2020:19 noterar en skev resursfördelning och gör bedömningen att under den återstående omställningsperioden, 2021–2027, bör flera av de ekonomiska satsningar som regleras i överenskommelser mellan regeringen och SKR, samlas i en övergripande överenskommelse för omställningen, där även delar tillåts variera mellan olika huvudmän utifrån behov.

Utgångspunkter för nulägesanalys

Med utgångspunkt i de styrsignaler som ges i studerade rapporter har vi i nulägesanalysen tittat på förekomsten av underlag och planer kring kompetensförsörjning inom den kommunala hälso- och sjukvården. Hur eventuell plan kopplar an till andra närliggande verksamhetsområden i kommunen, till regionens kompetensförsörjningsplan för primärvård samt till angränsande kommuners planer på området.

Vi har även tittat på hur kommunens organisering och struktur främjar ett arbete med att säkra det framtida kompetensbehovet. Det gäller både med avseende på rekrytering, men inte minst ifråga om kompetensutveckling.

Vi har lyssnat in hur verksamheten resonerar kring subspecialisering för att hantera särskilda målgrupper och uppgifter samt hur kommunen har samordnat och säkerställt tillgången till olika specialister med regionen, exempelvis dietister, logopeder, kuratorer och arbetsterapeuter.

Även inom det här området har vi ställt särskilda frågor kopplat till säkerställandet av läkarmedverkan när så krävs och om det finns strukturer och arbetssätt för att tillsammans med regionen arbeta med kompetensstyrning.

Nuläge avseende kompetensförsörjning och resurser

Den nya organiseringen samlar professionerna inom hälso- och sjukvården i Uppsala kommun, och har målsättningen att därigenom skapa bättre förutsättningar för dessa professioner, med mer kollegialt utbyte, bättre förutsättningar för kompetensutveckling

[69] SOU 2019:29, God och nära vård – Vård i samverkan
[70] Vård och omsorgsanalys, 2021:8, s. 77-81. Nära vård i sikte?

etc. Den enda eventuella nackdel som påpekas är att det ställer krav på ledarskapet att leda personal i team för vilka man inte är chef för dessa professioner.

Till organisationens styrkor hör enligt de intervjuade att den inom den kommunala hälso- och sjukvårdsorganisationen finns flera möjligheter till kompetensutveckling via t.ex. interna utbildningar, digital plattform för kompetensutveckling, utbildningsplaner, kompetenskartläggning etc. Det framkommer under flertalet intervjuer att det idag görs stora utbildningssatsningar. Det uppfattas vara en förutsättning för att attrahera och behålla personal.

Den samverkansstruktur som finns etablerad mellan Region Uppsala och Uppsala läns kommuner har enligt de intervjuade även kopplats ihop med regionens organisation för kunskapsstyrning vilket innebär att kommunen utgör en integrerad del i det.

Till svagheterna hör att det uttrycks i intervjuerna att både kommunen och regionen i Uppsala är snålt rustade med vissa kompetenser, bl.a. arbetsterapeuter. Det framhålls att kommunen behöver stärka specialistkompetensen inom ramen för primärvårdsuppdraget, dvs hantering av alla vanligt förekommande behov. Dessutom uttrycks att kommunen behöver jobba med att i högre grad nyttja olika kompetenser utifrån behov, och skapa en bättre överblick över hälso- och sjukvårdsorganisationens kompetenser.

Det framhålls av de intervjuade att vård- omsorgsresurserna idag för exempelvis hemvård är otillräckliga i relation till uppdraget, som har ändrats till att bli betydligt mer vårdkrävande. Nuvarande uppdrag ställer således helt andra krav på kompetens, och resurserna matchar inte kraven. Det betonas samtidigt att bemanningen på sjuksköterskor har utmaningar att räcka till.

I intervjuerna har flera framhållit att läkarstödets förutsättningar, roll och tillgänglighet behöver tydliggöras, mot bakgrund av att vårdbehoven idag är både större och ser annorlunda ut. Tillgängligheten till läkare har relativt stora utmaningar inom ordinärt boende, men dock beroende på vårdcentral. Även läkarmedverkan på boenden inom socialpsykiatrin har utmaningar. Inom LSS fungerar det dock relativt bra på vissa ställen, främst där det har bedrivits pilotprojekt.

Slutsatser avseende kompetensförsörjning och resurser

Detta är ett centralt område med stora utmaningar, för Uppsala liksom övriga kommuner. Det finns dock insatser som kan göras för att åtminstone till en del förbättra och hantera situationen.

Det är vår rekommendation att en strategi och en plan för kompetensförsörjning tas fram i samverkan med regionen. Ett första steg är att genomföra en kartläggning av de kompetenser som finns i organisationen, i relation till vilka som skulle behövas utifrån dess uppdrag. Vi uppfattar att ett sådant arbete har påbörjats och vi ser det som högt prioriterat. I dagsläget saknas en tydlig plan över Uppsala kommuns kompetensbehov och därmed även förutsättningarna för en samordnad plan med regionen och andra kommuner i länet. Detta innebär att det idag också saknas den

kompetensförsörjningsplan som utgör ett centralt dokument i den övergripande planering av primärvården som kommunen och regionen ska ta fram gemensamt. Vi vill på nytt understryka vikten av att systematiskt generera data som är av väsentlighet för att följa nyttjandet av olika kompetenser i verksamheten. Eftersom kompetenser är grunden i vårdens maskineri är vår rekommendation är att Uppsala kommun ser över möjligheterna att skapa relevant data vilket innebär att verksamheten med avseende på kompetensutnyttjande kan följas löpande och planering bygga på realtidsdata istället för kartläggningar som genomförs med jämna intervall.

Det har i intervjuer framkommit att det är brist på viss kompetens exempelvis sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Vi bedömer att ett arbete med kompetens- och resursutveckling bör baseras på de behov som framkommit i arbetet med kompetensplanen, vilken ska vara synkroniserad med regionens kompetenser och kompetensbehov, i relation till uppdrag och arbetsfördelning.

Det har under såväl workshop som i intervjuer framhållits att det krävs en ökad närhet till regionens kompetenser, såsom läkare, för att öka tillgänglighet. Idag beror tillgängligheten på vilken vårdcentral som berörs, vilket tyder på att det inte finns en tydlig struktur eller modell för arbetet som säkerställer ett definierat arbetssätt. Det är i detta sammanhang även av vikt att notera att inom arbetet med god och nära vård sker en förflyttning mot att betona möjlighet att tillgodose det vårdbehov genom olika kompetenser. En god och nära vård baseras på flera olika kompetenser som kompletterar varandra och i team tillgodoser vårdbehovet.

Det är också vår bedömning att den nya organisationen som samlar professionerna är betydelsefull för att öka attraktiviteten och även möjligheterna till utveckling. Satsningar på kompetensutveckling och vidareutbildningar inom specialist- och subspecialistutbildningar, inom områden som i kompetensplanen bedöms vara centrala i en framtida god och nära vård, rekommenderas, såväl för att kunna erbjuda kompetenta vårdtjänster inom en god och nära vård, som för att vara en attraktiv arbetsgivare, förutsatt att kompetens och utbildning tillvaratas och belönas i såväl lön som arbetsuppgifter.

Vad krävs?	Att göra
Kompetenskartläggning och anpassade vidareutbildningar	Digitala lärplattformar. Skapa ett anpassat utbildningsutbud utifrån behov.
Specialiserad och subspecialiserad vårdpersonal.	Samverkan med utbildningsanordnare och lärosäten.
Samverkan med specialistläkare inom allmänmedicin.	Struktur/modell för läkarmedverkan, för attraktivitet, tillgänglighet och kontinuitet.

Forskning, utbildning och utveckling

Litteraturgenomgång

Ett viktigt perspektiv i omställningen till den nära vården är forskning, utveckling och utbildning (FoUU). Särskilt mot bakgrunden av att hälso- och sjukvården skiftar fokus från sjukhusmiljö till vård utanför sjukhus och alltmer i hemmet.[71] Detta innebär att hälso- och sjukvårdens båda huvudmän, regioner och kommuner, måste etablera förutsättningar för att bedriva god forsknings- och utbildningsverksamhet utanför de traditionella miljöerna som tidigare varit bas för denna verksamhet.

Mot bakgrund av den svåra situationen när det gäller kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvårdssektorn, så har det lagts fram förslag på lagändringar inom detta område. I SOU 2020:19 föreslås att regioners och kommuners ansvar att medverka i utbildning och se till att behovet av platser för verksamhetsförlagd utbildning tillgodoses.[72] Regioner och kommuner ska även säkerställa att utbildningen sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Vidare föreslår utredningen att det ska ingå i primärvårdens grunduppdrag att medverka till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården.

I SOU 2020:19 betonas även att en del i att tillgodose behovet av kompetensförsörjning är att skapa möjlighet och utrymme för studenter att genomföra sin VFU i hälso- och sjukvårdsverksamheter som är relevanta för utbildningen i fråga. Detta är särskilt relevant mot bakgrund av att den verksamhetsförlagda utbildningen är i hög grad fortfarande knuten till sjukhusen. Då fokus nu förskjuts alltmer från de stora sjukhusens vårdavdelningar till vård på andra vårdinrättningar och i hemmiljö, behöver den verksamhetsförlagda utbildningen göra samma förflyttning.[73] För att ytterligare stärka kompetensförsörjningen behöver även befintliga medarbetare erbjudas fortbildning.

När det gäller forskning finns utmaningar för resursöverföring från de sjukhusbaserade verksamheterna till den nära vården. Fler professioner behöver ges möjlighet till forskning, och den behöver bedrivas inom fler discipliner än idag. En viktig del i detta genomförande är att dela tjänster för att sprida kunskap och lärande mellan olika organisationer och huvudmän.[74] Det finns inga nya lagförslag i SOU 2020:19 kopplat till forskning, men begrepp som följeforskning, aktionsforskning och implementeringsforskning lyfts som sannolika framgångsfaktorer i omställningen mot god och nära vård.[75]

Utgångspunkter för nulägesanalys

Vi har inom ramen för nulägesanalysen efterfrågat erfarenheter och strukturer för att bedriva forskning inom den kommunala verksamheten.

---

[71] SOU 2020:19, s. 26 God och nära vård - en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

[72] 18 kap. 4 § Regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för.

[73] SOU 2020:19, s. 245

[74] SOU 2020:19, s. 125 God och nära vård - en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

[75] SOU 2020:19, s. 267

Nuläge avseende forskning, utbildning och utveckling

Inom såväl intervjuer som på workshops uttrycks också att kommunen bör sträva efter att vara med och skapa evidens med kommunalt fokus inom sina verksamheter. Kommunala doktorander önskas och ses som en målbild i en god och nära vård i en nära framtid. Det uttrycks att det saknas grundläggande strukturer idag för att delta i detta arbete, och man efterfrågar större delaktighet i regionalt och nationellt arbete.

Det finns dock vissa strukturer som kan användas. Under den regionala TL HSVO finns FoU Socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård (FoU-S). FoU-S är en forsknings- och utvecklingsavdelning placerad inom Region Uppsala, som samägs av alla kommuner och region Uppsala. FoU-S verkar för att erbjuda kunskapsstöd, omvärldsbevaka, verka för ökad samverkan mellan forskning och praktisk verksamhet samt arbeta med kunskapsspridning. FoU-S förvaltar användningen av länsgemensamma medel i form av statsbidrag, såsom för psykisk hälsa, suicidprevention och god och nära vård. Representanter från FoU-S ingår i regionala samverkansgrupper, exempelvis den länsgemensamma styrgruppen för kunskapsstyrning.

I uppdraget för enheten för kompetensutveckling ingår också att samarbeta med medarbetare och chefer inom kommunens vård- och omsorgsverksamheter för att skapa förutsättningar för studenter och elever. I Uppsala kommun genomförs verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för universitetsstudenter, samt arbetsplatsförlagt lärande (APL) riktat till gymnasieelever. Det erbjuds även lärande i arbete (LIA), vilket är en lärlingsutbildning. Kommunen har en VFU-samordnare som ansvarar för att placera VFU-platser i verksamheterna. Kommunen erbjuder en introduktionsutbildning i handledningsmetodik för sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor för att ge ett stöd till personalen och främja en bra lärandemiljö för studenterna.[76]

Uppsala kommun redovisar i dokumentet “Överenskommelse god och nära vård 2021” exempel på åtgärder som planerats inom kommunen under 2021. Ett område berör goda förutsättningar för vårdens medarbetare, där statliga medel bland annat är tänkta att finansiera utvecklings-, utbildnings-, och forskningsaktiviteter. Vi noterar att planerade åtgärder fokuserar på utveckling och utbildning, men att åtgärder om forskningsaktiviteter ej beskrivs i detta dokument. [77]

För att främja forskningsmiljöer i Uppsala kommun ingår kommunen i ett ULF-avtal med Uppsala universitet. Ulf-avtalet står för Utveckling, Lärande, och Forskning, och representerar en nationell satsning för praktiknära forskning inom skolan. Vidare beskrivs att ULF-avtal är ett begrepp som ska föra tankarna till läkarnas ALF-avtal som finns inom hälso- och sjukvården. Detta har varit förebild för ULF. ALF-avtalet ger exempelvis läkare möjligheter att kombinera sitt kliniska arbete med forskning, och läkarstudenter möjlighet att göra sin praktik i de miljöer där klinisk forskning bedrivs.

[76] Uppsala kommun, utförare vård, 2021. Enheten för kompetensutveckling
[77] Uppsala kommun, 2021. Överenskommelse god och nära vård 2021

Kopplat till utveckling, utbildning och forskning har det inom kommunen presenterats ett förslag om att upprätta ett akademiskt vård-och omsorgsboende som omfattar vård och omsorg, rehabilitering, utveckling, forskning samt utbildning. Tanken är att skapa en naturlig arena för samverkan mellan kommunen, regionen och universitetet. Under augusti 2020 togs beslut om att förvaltningen fick i uppdrag att tillsammans med Region Uppsala och Uppsala universitet utreda förutsättningarna kring samverkan runt ett akademiskt vård- och omsorgsboende.[78] Det framgår däremot inte i vår kartläggning av nuläget att någon uppföljning av detta förslag har genomförts.

Slutsatser avseende forskning, utbildning och utveckling

Vår bedömning är att Uppsala är en kommun som har goda förutsättningar att vara en central plats för forskning och utveckling kopplat till den vård som ges inom primärvård och särskilt i ordinärt och särskilt boende. Inom detta område behöver det göras ett stort och viktigt utvecklingsarbete. Vår rekommendation är att den strukturer som finns på plats kan utgöra en god grund, men behöver utvecklas vidare och nya inriktningar på betydelsefull forskning behöver skapas för att utveckla den goda och nära vården. Vi rekommenderar även att ett utvecklingsarbete planeras och sjösätts, för att kunna nå upp till kraven på att erbjuda utbildningsplatser.

Vad krävs?	Att göra
Medverka till utbildning av primärvårdens professioner.	Vidareutveckla modell och ett utbildningsutbud för att erbjuda de utbildningsplatser och de utbildningar som krävs för professionerna inom den kommunala hälso- och sjukvårdens goda och nära vård, i teori och praktik.
Erbjuda platser för VFU med relevant innehåll.	Dra lärdom av regionens befintliga VFU. Vidareutveckla modellen för kommunal god och nära vård.
Möjliggöra forskning till den goda och nära vårdens professioner och i dess miljöer.	Dra lärdom av strukturer och modeller inom hälso- och sjukvårdens befintliga forskning. Fortsatt och utökat samarbete med universitetet.

[78] Uppsala kommun, 2020. Äldrenämndens protokoll torsdagen den 27 augusti 2020.

Referenslista

Arbetsförmedlingen, 2021. Ny prognos: här finns jobben 2026 https://arbetsformedlingen.se/om-oss/press/pressmeddelanden?id=5F7B2437BB2A75E9

Experio Lab vid Region Värmland, SKR, Centrum för Tjänsteforskning (CTF) vid Karlstad Universitet samt design vid Linköpings Universitet, 2021. Värde för vem?

Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186

Regeringens proposition 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform

Regeringskansliet och SKR, 2016. Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård

Regeringskansliet och SKR, 2020. En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025. Nästa steg på vägen 2020-2022.

SCB, dir. 2019:77

SKR, 2020. Vård och omsorg i hemmet 2019 - svårigheter och framgångsfaktorer

SKR, 2020. Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård - från hemsjukvård till hälso- och
sjukvård i hemmet

SKR, 2020. Att driva omställningen till nära vård

SKR, 2021. Omställning till nära vård. https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/omstallningtillnaravard.57446.html

Socialstyrelsen, 2017. Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan – Nationell vägledning

Socialstyrelsen, 2018. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor

Socialstyrelsen, 2020. Vård och omsorg om äldre - lägesrapport 2020

Socialstyrelsen, 2021. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna

Socialstyrelsen, 2021. Kompetens i LSS-boenden

SOU 2017:53. God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild

SOU 2018:39. God och nära vård – En primärvårdsreform

SOU 2019:29. God och nära vård – Vård i samverkan

SOU 2020:19. God och nära vård - en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

SOU 2020:47. Hållbar socialtjänst - En ny socialtjänstlag.

SOU 2020:80. Delbetänkande äldreomsorgen under pandemin

SOU 2021:4. Informationsöverföring inom vård- och omsorg - delbetänkande

Uppsala kommun, 2020. Strategi för närvårdssamverkan i Uppsala län 2021-2023. https://www.uppsala.se/contentassets/5504aab5f8e541e39fcc43663dfab346/23.-strategi-for-narvardssamverkan-i-uppsala-lan-2021-2023.pdf

Uppsala kommun, 2020. Handlingsplan för digital transformation https://www.uppsala.se/contentassets/9c4542537f62493bbb0510ad991cb06a/handlingsplan-for-digital-transformation.pdf

Uppsala kommun, 2020. Äldrenämndens protokoll torsdagen den 27 augusti 2020. https://www.uppsala.se/contentassets/842c53ce8eb146bba5412d85f849dc45/protokoll-aldrenamnden-27-augusti-2020.pdf

Uppsala kommun, 2021. Verksamhetsberättelsen 2020. Hälsa, stöd, vård och omsorg - HSVO https://www.uppsala.se/contentassets/af99c54c0f874b7ebe2941abfe51d4df/4.-verksamhetsberattelse-2020-halsa-stod-vard-och-omsorg.pdf

Uppsala kommun, 2021. Överenskommelse god och nära vård 2021 https://www.uppsala.se/contentassets/4ee189e1b55d49ee8ffe1e07b0b37825/8.-overenskommelse-god-och-nara-vard-2021.pdf

Uppsala kommun, utförare vård, 2021. Enheten för kompetensutveckling https://utforarevard.uppsala.se/halso--och-sjukvard/enheten-for-kompetensutveckling/

Vårdanalys, 2021. Långt bort men nära

Vård- och omsorgsanalys 2021:8. Nära vård i sikte?

2022-01-10

Susanna Collijn (SE …

Uppdragsledare

Karin Magnusson (SE - …

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Uppsala kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av avtal upprättat 2021-09-20. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

Äldrenämnden
Protokollsutdrag

Datum:
2022-02-16

§ 18

Konsultutvärdering med fokus på framtidens kommunala hälso- och sjukvård

ALN-2022-00037

Beslut

Äldrenämnden beslutar

1. **att** ge förvaltningen i uppdrag att ge förslag på åtgärder utifrån rapporten, samt
2. **att** lägga rapporten till handlingarna.

Sammanfattning

Som en del av Effektiv och nära vård 2030 och kommunens förutsättningar att möta Regionen i samarbete kring primärvården upphandlades ett konsultstöd med kontextuell förståelse och erfarenhet av branschen. Syftet var att utifrån ett prioriterat urval rapporter, utredningar och lagförslag genomföra en jämförande analys av det insamlade materialet samt att peka ut en lämplig riktning för den kommunala hälso- och sjukvårdens utveckling i Uppsala kommuns vård- och omsorg.

Rapporten ger en samstämmig bild. Den beskriver flera av de utmaningar som nämnden står inför vad gäller det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget samt arbetet mot Effektiv och nära vård 2030. Flera insatser och arbeten är uppstartade eller planerade, som exempelvis den sammanhållna hälso- och sjukvårdsavdelningen, piloten vårdcentrum samt rehabiliterande arbetssätt. Ytterligare aktiviteter omhändertas av verksamhets- och utvecklingsplanen som leder till stärkt vård och omsorg.

Nämnden ser ändå att kompletterande åtgärder kan behövs vad gäller detta, primärt med fokus på vad den kommunala hälso- och sjukvården innebär i det gemensamma arbetet mot Effektiv och nära vård 2030 inklusive kompetensförsörjning samt vilka indikatorer som kan utgöra stöd för att planera för, genomföra och följa utvecklingen.

Karin Eduards, välfärdsutvecklare, och konsult Karin Magnusson, PwC, föredrar ärendet.

Äldrenämnden
Protokollsutdrag

Datum:
2022-02-16

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 31 januari 2022
- Bilaga, Analys av utredningar och rapporter vad gäller kommunal hälso- och sjukvård, inklusive sammanställning och förslag till prioriteringar