KUNGÖRELSE
2020-03-12

Sammanträde med Knivsta kommunfullmäktige

Dag och tid: Onsdagen den 25 mars 2020, kl 18.00

Plats: Tilassalen, Kommunhuset, Centralvägen 18

Handlingar finns tillgängliga på kommunens hemsida, www.knivsta.se.

Anmälan om förhinder: Ledamot som har förhinder att delta vid sammanträdet meddelar Siobhán Górny på tel. 018-34 70 23 eller e-post: siobhan.gorny@knivsta.se

Förtäring
Kommunfullmäktige bjuder alla ledamöter och ersättare på smörgås och kaffe i en paus under sammanträdet.

Ljud- och bildsändning av sammanträdet kommer att ske.

Välkomna!

Klas Bergström (M), ordförande

Dagordning

1. **Upprop**

2. **Justering**

Förslag: Protokollet justeras av ordförande och två justerare den 6 april.

3. **Fastställande av dagordning**

4. **Anmälnings- och informationsärenden**

   a) **Anmälda beslut och skrivelser**

Följande beslut och skrivelser är särskilt anmälda till kommunfullmäktige (ej utsända med handlingarna):

- Beslut från samhällsutvecklingsnämnden, § 11, 2020-02-03, Verksamhetsplan 2020
- Beslut från samhällsutvecklingsnämnden, § 28, 2020-03-02, Verksamhetsberättelse 2019
- Beslut från bygg- och miljönämnden, § 211, 2020-02-25, Verksamhetsberättelse 2019
- Beslut från kommunstyrelsen, § 32, 2020-02-24, Svar på revisionsrapport – Granskning av kommunstyrelsens, socialnämndens och utbildningsnämndens ekonomistyrning
- Beslut från socialnämnden, § 24, 2020-02-27, Verksamhetsberättelse 2019
- Beslut från utbildningsnämnden, § 6, 2020-02-11, Verksamhetsberättelse 2019

b) Kommunalråden informerar

5. Ledamöternas frågor

6. Interpellationer
KS-2020/109

- Interpellation från Lennart Lundberg (KNU) till kommunstyrelsens ordförande om styrningen av de kommunala bolagen
- Interpellation från Lennart Lundberg (KNU) till kommunstyrelsens ordförande om kostnaderna för fyrspårsavtalet

Beslutsärenden

7. Omförhandling av fyrspårsavtalet med staten
KS-2020/162

Beslut från kommunfullmäktige, § 31, 2020-02-24
Ordförandeförslag 2020-01-15

8. Inriktningsbeslut - Effektiv och nära vård 2030
KS-2020/108

Beslut från kommunfullmäktige, § 30, 2020-02-24
Tjänsteutlåtande 2020-01-29
Effektiv och nära vård 2030 - målbild och strategi (2018)
Inriktning för vårdcentrumutveckling i Uppsala län (2019-10-09)

9. Egenavgifter hemsjukvård
KS-2019/944

Beslut från kommunfullmäktige, § 29, 2020-02-24
Tjänsteutlåtande 2020-01-22
Beslut från socialnämnden, § 131, 2019-12-12
Socialnämndens tjänsteutlåtande 2019-11-26

10. Avgift för ledsagning enligt socialtjänstlagen
KS-2019/942

Beslut från kommunfullmäktige, § 28, 2020-02-24
Tjänsteutlåtande 2020-01-22
Socialnämndens beslut, § 130, 2019-12-12
Socialnämndens tjänsteutlåtande 2019-11-26

11. Återrapport initiativ till praktikplatser för nyanlända 2019
KS-2019/883

Beslut från kommunstyrelsen, § 21, 2020-01-27
Tjänsteutlåtande 2019-12-10
Rapport - Återrapportering initiativ till praktikplatser för nyanlända 2019

12. Motion 2019:03 från Lennart Lundberg (KNU) - Sätt in självsläckande strömbrytare i kommunhuset
KS-2019/442

Beslut från kommunfullmäktige, § 9, 2020-01-27
Tjänsteutlåtande 2020-01-09
Motionen

13. Reglemente för intern kontroll i Knivsta kommun
KS-2019/748

Beslut från kommunfullmäktige, § 10, 2020-01-27
Tjänsteutlåtande 2019-12-05
Förslag på reglemente

14. Förslag till föreskrift om avgifter för registreringslotterier enligt spellagen (2018:1138)
KS-2019/815

Beslut från kommunfullmäktige, § 12, 2020-01-27
Tjänsteutlåtande 2020-01-07
Förslag på föreskrift om avgifter för registreringslotterier

15. Övriga valärenden

16. Anmälan av motioner

Till kommunstyrelsens ordförande Peter Evansson (S)

Interpellation om styrningen av de kommunala bolagen

Hur ser styrningen av de kommunala bolagen ut idag? Styrs bolagen idag på annat sätt än genom ägardirektiven som fastställts av kommunfullmäktige?

Det verkar som det kommer styrande krav till Kommunfastigheter och Alsikebolaget i frågor som inte varit uppe till behandling vare sig i kommunstyrelsen eller dess arbetsutskott?

Lennart Lundberg, gruppledare för Knivsta.Nu

Till kommunstyrelsens ordförande Peter Evansson (S)

Interpellation om kostnaderna för fyrspårsavtalet
(Avtal avseende bostadsbyggande i Alsike, Nydal och ”Nysala” i Knivsta kommun med bilaga)

När tänker majoriteten ta fram de utlovade kalkylerna för vad fyrspårsavtalet kommer att kosta för Knivsta? Hur kommer det att påverka kommunens ekonomi på kort och lång sikt?

Knivsta kommun har i fyrspårsavtalet lovat att möjliggöra 15 000 nya bostäder fram år 2057. Men i avtalet saknas ekonomiska kalkyler för vad det kommer att betyda för kommunen att växa snabbare än alla andra kommuner i Sverige. Mängden bostäder motsvarar det som Linköping lovar i Sverigeförhandlingen för att få den planerade höghastighetsjärnvägen att stanna där. Linköping har 160 000 invånare, åtta gånger mer än Knivsta.

Vi har redan sett hur den ökande utbyggnadstakten av Knivsta inneburit en belastning för kommunens ekonomi. När kommer ni i majoriteten att se till att det kommer att tas fram trovärdiga kalkyler för vad kommunens samlade kostnader och intäkter för den massiva utbyggnaden beräknas bli?

Avtalet kommer att medföra flera tunga investeringar där finansieringen inte är utredd. Enligt uppgift kan kommunen till exempel bli tvungen att själv finansiera en ny förbindelse över järnvägen i Knivsta efter att nuvarande järnvägskorsning stängs i höst. Även en ny av- och påfart till motorvägen från Alsike kommer att bli dyr. Hur ser finansieringsmodellerna ut för dessa stora infrastrukturprojekt?

Lennart Lundberg, gruppledare för Knivsta.Nu

§ 31 Dnr: KS-2020/162

Omförhandling av fyrspårsavtalet med staten

Kommunstyrelsens beslut
Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige:

1. Kommunfullmäktige beslutar att Knivsta kommun initierar en omförhandling med staten av fyrspårsavtalet med målet att väsentligt minska åtagandet från 15 000 till 10 000 bostäder fram till 2057.
2. En förutsättning för att nå en överenskommelse är att utbyggnaden av fyra spår genom Knivsta, stationsläge i Alsike och påfart till E4:an inte påverkas negativt av förhandlingen.
3. De i avtalet ingående parterna samt Uppsala kommun ska involveras i arbetet.
4. Kommunstyrelsens arbetsutskott utses till förhandlingsdelegation och kommunstyrelsen till referensgrupp. Arbetsutskottet utser själva ordförande i förhandlingsdelegationen. Ersättning för denne, om denne inte har fast arvode, tas ur nämndbudgeten för kommunstyrelsen.
5. En initiativtagare för folkinitiativet bereds möjlighet att delta som observatör.
6. Målet är att avsluta förhandlingarna innan den 31 augusti 2020.

Reservationer
Anna Koskela Lundén (L) anmäler skriftlig reservation (protokollsbilaga 2).

Lennart Lundberg (KNU) anmäler skriftlig reservation (protokollsbilaga 3).

Hans Nyberg (SD) reserverar sig mot beslutet.

Pontus Lamberg (KD) reserverar sig till förmån för sitt eget yrkande.

Yrkanden
Peter Evansson (S) informerar om att han reviderar sitt ordförandeförslag. Den fjärde beslutssatsen ska lyda: "Kommunstyrelsens arbetsutskott utses till förhandlingsdelegation och kommunstyrelsen till referensgrupp. Arbetsutskottet utser själva ordförande i förhandlingsdelegationen. Ersättning för denne, om denne inte har fast arvode, tas ur nämndbudgeten för kommunstyrelsen." I den femte beslutssatsen ska ordet "representant" ändras till "initiativtagare".

Pontus Lamberg (KD) yrkar på elva alternativa beslutssatser enligt ett skriftligt yrkande (protokollsbilaga 4).

Lennart Lundberg (KNU) yrkar avslag på ordförandeförslaget.

Anna Koskela Lundén yrkar i första hand att folkinitiativet med folkomröstning genomförs enligt plan och att en konsekvensanalys av en framtida expansion av Knivsta tas fram. I andra hand yrkar hon avslag på ordförandeförslaget.

Hans Nyberg yrkar avslag i ett skriftligt yrkande (protokollsbilaga 5).

Claes Litsner (S) yrkar bifall till det reviderade ordförandeförslaget.

Propositionsordning
För att utse ett huvudförslag att ställa mot avslag ställer ordföranden först sitt reviderade ordförandeförslag, Pontus Lambergs ändringsyrkande och Anna Koskela Lundéns ändringsyrkande mot varandra och finner att kommunstyrelsen bifaller ordförandeförslaget som huvudförslag.

Därefter ställer ordföranden det reviderade ordförandeförslaget mot avslag och finner att kommunstyrelsen bifaller ordförandeförslaget. Omröstning begärs.

Omröstning
De ledamöter som röstar för det reviderade ordförandeförslaget röstar JA.

De ledamöter som röstar för att avslå förslaget röstar NEJ.

Peter Evansson (S), Boo Östberg (C), Klas Bergström (M), Thor Övrelid (M) och Claes Litsner (S) röstar JA.

Lennart Lundberg (KNU), Hans Nyberg (SD) och Anna Koskela Lundén (L) röstar NEJ.

Pontus Lamberg (KD) avstår från att rösta.

Med 5 JA-röster mot 3 NEJ-röster och 1 ledamot som avstår från att rösta beslutar kommunstyrelsen att bifalla ordförandeförslaget.

Sammanfattning av ärendet
Ett folkinitiativ har tagits i Knivsta för en folkomröstning för omförhandling av fyrspårsavtalet.

Underlag för beslut
- Ordförandeförslag 2020-01-15

Arbetsutskottet överlämnade ärendet utan eget ställningstagande.

Beslutet skickas till
Akten

Knivsta kommun

Ordförandeförslag
2020-01-15

Diarienummer
KS-2020/162

Kommunstyrelsen

Omförhandling av fyrspårsavtalet med staten

Förslag till beslut
Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige:

1. Kommunfullmäktige beslutar att Knivsta kommun initierar en omförhandling med staten av fyrspårsavtalet med målet att väsentligt minska åtagandet från 15 000 till 10 000 bostäder fram till 2057.
2. En förutsättning för att nå en överenskommelse är att utbyggnaden av fyra spår genom Knivsta, stationsläge i Alsike och påfart till E4:an inte påverkas negativt av förhandlingen.
3. De i avtalet ingående parterna samt Uppsala kommun ska involveras i arbetet.
4. Kommunstyrelsens arbetsutskott utses till förhandlingsdelegation och kommunstyrelsen till referensgrupp.
5. En representant för Folkinitiativet bereds möjlighet att delta som observatör.
6. Målet är att avsluta förhandlingarna innan den 31 augusti 2020.

Sammanfattning av ärendet

Ett folkinitiativ har tagits i Knivsta för en folkomröstning för omförhandling av fyrspårsavtalet. , Efter ett gediget arbete har det resulterat i att många Knivstabor har skrivit på initiativet. Sannolikt för att frågan om samhällsutvecklingen är en central fråga för Knivsta, genom att många vill flytta till kommunen och många bostäder pga det byggs.

Tidsutdräkten, kostnaden och resursbehovet vid en folkomröstning är en belastning i en kommun där ekonomin och resurserna är pressade. Detta i kombination med att svaret från en folkomröstning riskerar att skapa fortsatt debatt efter uttolkningen av resultatet, gör att det kan vara klokt att gå direkt på ett eventuellt positivt resultat och begära en förhandling direkt.

Då det inte finns någon utsedd representant för motparterna, får förfrågan först gå till den tidigare utsedda förhandlingsgruppen.

Ekonomisk konsekvensanalys
Kostnaden bör endast bli viss arvodering för speciella tillfällen och föreslås ta av KS Nämndkostnader och då det understiger kostnaden för en folkomröstning torde detta ge ett positivt tillskott till kommunens ekonomi. Arbetsinsatsen görs primärt av politiska representanter varför även belastningen på förvaltningen torde minska.

Underlag för beslut
Ordförandeförslag 2020-01-15

Peter Evansson (S)
Kommunstyrelsens ordförande

§ 30 Dnr: KS-2020/108

Inriktningsbeslut - Effektiv och nära vård 2030

Kommunstyrelsens beslut
Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige:

1. Knivsta kommun stödjer målbilden för Effektiv och nära vård 2030 samt uppdrar till socialnämnden, utbildningsnämnden och samhällsutvecklingsnämnden att aktivt medverka i förändringsarbetet tillsammans med Region Uppsala inom strategin för närvårdssamverkan.
2. Knivsta kommun stödjer inriktningen för vårdcentrumutvecklingen i länet samt uppdrar till socialnämnden, utbildningsnämnden och samhällsutvecklingsnämnden att aktivt medverka i förändringsarbetet tillsammans med Region Uppsala inom strategin för närvårdssamverkan.
3. Kommunfullmäktige uppdrar till kommunstyrelsen att arbeta för höjd prioritet för Knivsta kommun i utvecklingsplanen för Effektiv och nära vård.

Yrkanden

Peter Evansson (S) yrkar att arbetsutskottets förslag till beslut ska ändras så att den första och andra beslutssatsen lyder: "Knivsta kommun stödjer målbilden för Effektiv och nära vård 2030 samt uppdrar till socialnämnden, utbildningsnämnden och samhällsutvecklingsnämnden att aktivt medverka i förändringsarbetet tillsammans med Region Uppsala inom strategin för närvårdssamverkan." samt "Knivsta kommun stödjer inriktningen för vårdcentrumutvecklingen i länet samt uppdrar till socialnämnden, utbildningsnämnden och samhällsutvecklingsnämnden att aktivt medverka i förändringsarbetet tillsammans med Region Uppsala inom strategin för närvårdssamverkan." Dessutom tilläggsyrkar Peter Evansson att kommunfullmäktige ska uppdra till kommunstyrelsen att arbeta för höjd prioritet för Knivsta kommun i utvecklingsplanen för Effektiv och nära vård.

Pontus Lamberg (KD), Claes Litsner (S), Boo Östberg (C) och Anna Koskela-Lundén yrkar bifall till Peter Evanssons yrkanden.

Hans Nyberg (SD) yrkar bifall till Peter Evanssons yrkanden samt lämnar ett yttrande (protokollsbilaga 1).

Propositionsordning

Ordföranden konstaterar att hans egna yrkanden är att betrakta som huvudförslag. Ordföranden ställer dessa mot avslag och finner att kommunstyrelsen bifaller yrkandena.

Sammanfattning av ärendet

Kommunerna ansvarar för en stor del av den nära vården och därmed är det viktigt att system- och strukturförändring av hälso- och sjukvården genomförs över huvudmannagränserna. Regionfullmäktige beslutade den 18 juni 2018, § 93, att ställa sig bakom målbild och strategier i rapporten Effektiv och nära vård 2030. Nu ombeds länets kommuner att göra detsamma.

Som en del av strategin för att nå målbilden finns en fördjupad beskrivning av inriktningen för vårdcentrumutvecklingen i regionen. Samrådet HSVO beslutade den 20 september 2019 att ställa sig bakom det framtagna förslaget till inriktning för vårdcentrumutvecklingen i länet. Regionalt Forum gjorde detsamma den 4 oktober 2019. Därefter fattar nu respektive huvudman liknande inriktningsbeslut.

Underlag för beslut

- Tjänsteutlåtande 2020-01-29
- Effektiv och nära vård 2030 – målbild och strategi (2018)
- Inriktning för vårdcentrumutveckling i Uppsala län (2019-10-09)

Arbetsutskottet överlämnade ärendet utan eget ställningstagande.

Beslutet ska skickas till

Akten

Knivsta kommun

Handläggare
Catrin Josephson
Socialchef

Tjänsteskrivelse
2020-01-29

Diarienummer
KS-2020/108

Kommunstyrelsen

Inriktningsbeslut - Effektiv och nära vård 2030

Förslag till beslut
Kommunstyrelsen föreslår kommunfullmäktige besluta:

1. Kommunfullmäktige stödjer målbilden för Effektiv och nära vård 2030 samt uppdrar till socialnämnden och utbildningsnämnden att aktivt medverka i förändringsarbetet tillsammans med Region Uppsala inom strategin för närvårdssamverkan.

2. Kommunfullmäktige stödjer inriktningen för vårdcentrumutvecklingen i länet samt uppdrar till socialnämnden och utbildningsnämnden att aktivt medverka i förändringsarbetet tillsammans med Region Uppsala inom strategin för närvårdssamverkan.

Sammanfattning av ärendet
Sverige är på väg mot en historisk system- och strukturförändring av hälso- och sjukvården. Kommunerna ansvarar för en stor del av den nära vården och därmed är det viktigt att omställningen genomförs tillsammans över huvudmannagränserna.

I vår region beslutade regionfullmäktige vid 2018-06-18, § 93, att ställa sig bakom målbild och strategier i rapporten Effektiv och nära vård 2030. Nu ombeds länets kommuner att göra detsamma.

Som en del av strategin för att nå målbilden finns en fördjupad beskrivning av inriktningen för vårdcentrumutvecklingen i vår region. Samrådet HSVO beslutade den 20:e september 2019 att ställa sig bakom det framtagna förslaget till inriktning för vårdcentrumutvecklingen i länet. Regionalt Forum gjorde detsamma den 4:e oktober 2019. Därefter fattar nu respektive huvudman liknande inriktningsbeslut.

Förvaltningen föreslår kommunstyrelsen att föreslå kommunfullmäktige att stödja såväl den övergripande målbilden som den föreslagna inriktningen för vårdcentrumutvecklingen.

Besluten avser den övergripande inriktningen, som framöver skulle kunna innebära kostnadsförskjutningar mellan huvudmännen eller andra större ekonomiska konsekvenser. Detta är dock för tidigt att bedöma och de föreslagna besluten förpliktigar inte i sig kommunen till att i dagsläget ta ställning till något ekonomiskt ansvarstagande utöver kommunens nuvarande uppdrag.

Bakgrund till omställningen
Sverige är på väg mot en historisk system- och strukturförändring av hälso- och sjukvården. Invånarna blir att fler och allt äldre vilket leder till ett ökat vårdbehov samtidigt som resurserna inte kommer att räcka till om vården ska fortsätta ges på samma sätt som idag. Invånarna förväntar sig dessutom en allt högre tillgänglighet och kontinuitet i vården än vad

vi kan erbjuda idag. Samtidigt har Sverige ur många aspekter en hög kvalitet inom hälso- och sjukvården som är viktig att bevara och vidareutveckla.

Grunden till det pågående arbetet och till den framtidsbild vi går mot lades i den statliga utredningen effektiv vård (SOU 2016:2). Arbetet har sedan fördjupats och breddats i utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) som av regeringen fått i uppdrag att stödja regioner, berörda myndigheter och organisationer i omställningsarbetet, med fokus på primärvården. Primärvård i lagstiftarens mening är en vårdnivå som har både kommuner och landsting som huvudman (SOU 2018:39).

Regionfullmäktige beslutade vid 2018-06-18, § 93, att ställa sig bakom målbild och strategier i rapporten Effektiv och nära vård 2030. Rapporten hade tagits fram på uppdrag av regionstyrelsen i Region Uppsala och bygger på den nationella rörelsen från effektiv vård (SOU 2016:2) och är en del av den nationella utvecklingen därefter. Kommunerna ansvarar för en stor del av den nära vården och därmed är det viktigt att omställningen genomförs tillsammans över huvudmannagränserna. Såväl regional tjänsteledning som politiskt samråd HSVO har sett ett behov av en bred förankring med beslut hos respektive huvudman. I samtliga av länets kommuner läggs därför samma målbild nu fram för politiskt ställningstagande. Rapporten, som bifogas denna tjänsteskrivelse, är både en beskrivning av *målet* och av *strategierna* för att nå dit.

Målen för omställningen
Målbilden innebär att vården som ges till invånarna i vår region ska vara nära, effektiv, samskapad och även ha ett hälsofrämjande och förebyggande fokus. Så här kan det beskrivas i några fler ord:

Nära – innebär att utveckla och stärka den vård som invånare och patienter behöver ofta. Vården ska flytta närmare patienterna, både geografiskt, tillgängligt och relationellt.

Effektiv – innebär att alla resurser inom vården ska användas på bästa sätt och medför till exempel att patienten kan få resa lite längre för vård som ges mer sällan.

Förebyggande och hälsofrämjande – innebär ett utvidgat folkhälsouppdrag samt god sammanhållen vård och samverkan mellan sjukhusvård, primärvård och kommunal omsorg.

Samskapande – innebär att relationen mellan invånarna och vården bygger på ett gemensamt förtroende, med beslutsfattande där patienten är med i utformningen av sin egen vård.

Strategierna för att nå målen
En av strategierna för att nå målbilden är en förändrad och förnyad vårdstruktur som innehåller allt ifrån till exempel egenvård i hemmet, mobila team, hälsocentraler och vårdcentrum hela vägen till sjukhusvård. De övriga strategierna består av en kvalitetsdriven verksamhetsutveckling, en digital infrastruktur, kompetensförsörjning och nya kompetenser, forskning, en utvecklad styrning och uppföljning samt hållbara ekonomiska förutsättningar.

Den strategi för närvårdssamverkan som beslutats av region Uppsala och länets kommuner handlar därutöver om hur formerna ska se ut när parterna i samverkan arbetar för att nå målbilden, samtidigt som strategin i sig utgör en del av själva målbilden. Närvårdssamverkan

handlar i korthet om att samverkan mellan Region Uppsala och länets kommuner inom hälsa, stöd, vård och omsorg ska bidra till helhetssyn, långsiktighet och styrning av verksamheter utifrån individens behov samt bidra till att gemensamma resurser används på bästa sätt.

En samhällsomställning av den här storleken kan inte förutbestämmas i alla delar innan förändringsarbetet påbörjas. Vägen behöver alltså i viss mån ”byggas medan man går” i takt med att nästa steg är genomarbetat och både vägen och målet kan behöva se lite olika ut i olika delar av regionen. Utöver den samlade målbild som länets kommuner nu ombeds ställa sig bakom behövs alltså många delprojekt och fördjupade utredningar.

Vårdcentrum – en del av den förnyande vårdstrukturen
Strategin med en förnyad vårdstruktur har vårdcentrum som en av sina mest komplexa delar.

Samrådet HSVO beslutade den 20:e september 2019 att ställa sig bakom det förslag till inriktning för vårdcentrumutvecklingen i länet som bifogas denna tjänsteskrivelse. Regionalt Forum gjorde detsamma den 4:e oktober 2019. Därefter fattar nu respektive huvudman liknande inriktningsbeslut.

För att kunna få till stånd en kvalitativ nära vård föreslås att det behövs ett antal platser i länet till vilka en mer omfattande vård- och omsorgsverksamhet bör koncentreras. En form av nod för arbetet med vård och omsorg inom ett geografiskt område vilket benämns vårdcentrum.

Inriktningen för vårdcentrumutvecklingen är att det i ett första steg ska finnas vårdcentrum i Tierp, Östhammar, Enköping och Uppsala kommun. I ett andra steg är inriktningen att det ska finnas vårdcentrum i Knivsta och Håbo kommun.

Ett vårdcentrum är både ett fysiskt centrum som tillhandahåller nära vård, till exempel närvårdsplatser, viss specialiserad vård såsom allmänmedicin, geriatrik, barnmedicin och psykiatri samt ett centrum som har samordningsansvar för den nära vård som bedrivs i området. Vårdcentrum består också av de hälsocentraler som finns i området och dessa kommer, utöver det som vårdcentralerna gör i dag, att ha ett tydligt uppdrag med inriktning mot hälsa. Det övergripande hälsoansvaret innebär ett strategiskt inriktat arbete för jämlik hälsa hos befolkningen.

Uppdraget att utveckla vårdcentrum handlade i sin inledande fas om att ta fram grundförutsättningar för vårdcentrum. I rapporten Vårdcentrum inom effektiv och nära vård, del 1 föreslås två och på sikt tre till fyra vårdcentrum inom Uppsala kommun. Med etablering av vårdcentrum avser Region Uppsala att utveckla ett vårdutbud utifrån ett befolknings-perspektiv i nära samklang med kommunerna. Ett vårdcentrum kan med fördel samordnas med den verksamhet kommunerna finner angelägen som ligger i linje med en gemensam vårdkedja över huvudmännens ansvarsområden samt mellan hälso- och sjukvård och social omsorg. Utvecklingen kan drivas på genom samarbete där olika lösningar i genomförande prövas i form av pilot - och utvecklingsprojekt.

Förvaltningens bedömning
Omställningen mot en effektiv och nära vård är både nödvändig och önskvärd.

Knivsta kommun

Målbilden innebär en effektivisering som är en absolut nödvändighet för att kunna fortsätta leverera den hälso- och sjukvård som invånarna behöver. Samtidigt har målbilden också inkluderat den moderna invånarens allt högre förväntningar på en tillgänglig och individuellt anpassad vård som den enskilde själv är med och påverkar.

Utmaningarna för att genomföra omställningen är dock många. Kompetensförsörjningen är en av utmaningarna. En effektiv och nära vård 2030 innebär att vårdens professioner, som till dels utgör bristyrken idag, kommer att ha delvis nya arbetssätt än idag. *Vem* som gör *vad* kommer alltså att behöva ändras och det kommer att behöva göras på *fler* ställen i länet än idag. Exempel på specifik frågeställning för Knivsta är hur kommun och region gemensamt ska arbeta fram ett vårdcentrum utan en given lokal. Därtill kommer allmänna frågeställningar som är stora även för Knivsta. Bland annat hur detta att allt mer vård ges i hemmet kommer att påverka omfattningen av, och kommunens kostnad för, hemtjänst och den redan ansträngda kompetensförsörjningen av sjuksköterskor.

Men utmaningarna kan också innebära möjligheter eftersom det tvingar fram att mycket görs på nya sätt. Knivsta har väl fungerande samverkansforum mellan huvudmännen och är i startgroparna för flera nya projekt. Knivsta har också – som en av de kommunerna med snabbast ökande andel äldre – allra mest att vinna på att vara med i att utforska hur vi kan ge omsorg på nya och andra sätt. Som regionens barntätaste kommun har Knivsta också incitament och förutsättningar att bygga en vårdkedja som inkluderar all hälso- och sjukvård för våra barn och unga, där såväl regionen, som socialtjänst och skola samverkar. I Knivsta finns också genom medborgarråd och ungdomsapp redan utarbetade modeller för att fråga kommuninvånarna hur man vill att den framtida modellen ska samskapas.

Förändringen är dock bara möjlig om alla delar samverkar. Förvaltningen vill därför poängtera vikten av en fortsatt god och tät samverkan i närvårdsarbetet för såväl tjänstemannaledning som politiska samråd och forum. Med några steg i taget och med en öppenhet för att vägen fram mot målbilden kan behöva skilja sig från en kommun till en annan bedöms omställningen, med nuvarande kunskapsunderlag, som möjlig att genomföra. Men det kommer att krävas många små och stora beslut under en längre tid framöver. De nämnder som är närmast berörda av förändringsarbetet är socialnämnden och utbildningsnämnden, varför kommunfullmäktige föreslår att specifikt uppdra åt dessa nämner att aktivt delta i arbetet inom ramen för strategin för närvårdssamverkan.

Ekonomisk konsekvensanalys
Förvaltningen bedömer att omställningen till en effektiv och nära vård kan medföra såväl vinster som kostnader.

Som helhet berättar målbilden om en väg för länets invånare att få högkvalitativ vård även i framtiden, trots utmaningarna med den demografiska utvecklingen och den allt mer ansträngda resurs- och kompetensförsörjningen. Målbilden syftar alltså bland annat till att vara mer ekonomisk hållbar än den nuvarande modellen.

När helheten delas upp mellan olika delar av vårdstrukturen, mellan olika delar av regionen och mellan de olika huvudmännen blir bilden dock mycket mer svåranalyserad och komplex.
Å ena sidan måste vi som aktör i omställningsarbetet våga ifrågasätta, testa, och i viss mån rita om gränserna mellan oss under tiden som den nya modellen byggs. Å andra sidan har

både kommunen och regionen begränsade resurser och kommer att ha ett behov av att bevaka att inte de egna kostnaderna ökar.

Förvaltningen kommer att fortlöpande beakta de ekonomiska konsekvenserna ur ett både långsiktigt och kortsiktigt perspektiv. De beslut som förvaltningen nu föreslår kommunstyrelsen att föreslå kommunfullmäktige avser den övergripande inriktningen av såväl målbild som vårdcentrumutveckling men förpliktigar inte kommunen till att i dagsläget ta ställning till ett ekonomiskt ansvarstagande utöver kommunens nuvarande uppdrag.

Barnkonsekvensanalys
Barnkonsekvensanalys är gjord enligt checklista.

Underlag för beslut
Tjänsteutlåtande 2020-01-29
Effektiv och nära vård 2030 – målbild och strategi (2018)
Inriktning för vårdcentrumutveckling i Uppsala län (2019-10-09)

Beslutet ska skickas till
Kommunfullmäktige
Socialnämnden
Utbildningsnämnden
Region Uppsala

Daniel Lindqvist
Kommundirektör

Knivsta kommun

Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Enligt FN är alla under 18 år att betrakta som barn

Ja ☒ Nej ☐

Förklara oavsett svar.

Samtliga kommuninvånare blir i någon mån berörda av en större system- och strukturförändring av hälso- och sjukvården.

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

2. Hur har barns bästa beaktats?
Hälso- och sjukvård till barn och unga är en av målgrupperna som inkluderas i översynen av dagens och framtidens hälso- och sjukvårdsarbete.

3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

4. Barn tillfrågas vid övergripande fleråriga planer/styrdokument. Har så skett?

Ja ☐ Nej ☒

Inte aktuellt. Beslutet rör inte övergripande flerårig plan/flerårigt styrdokument ☒

Ärendet utgör inget styrdokument utan ger en inriktning för fortsatt förändringsarbete.

I varje kommande fall där vård och sjukvård till barn kan beröras specifikt behöver det beaktas särskilt framöver.

Om ja, förklara på vilket sätt barn varit delaktiga i beslutet, vilka åsikter barnen lyft fram samt hur dessa åsikter beaktats i beslutet. Om nej, förklara varför barn inte tillfrågats.

Region Uppsala

Effektiv och nära vård 2030

Målbild och strategi

Ett gott liv i en nyskapande kunskapsregion

Innehållsförteckning

FÖRORD 4

SAMMANFATTNING 5

1 UPPDRAGET 8

2 METODER OCH ARBETSSÄTT 8

3 VÅRD UTIFRÅN BEFOLKNINGENS BEHOV 9

3.1 Befolkningsutveckling 9

3.2 Hälsoläget i Uppsala län 11

3.3 Vårdbehov och vårdkonsumtion 16

4 REGION UPPSALAS HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEM 19

4.1 Nationell och internationell jämförelse 19

4.2 Region Uppsalas vårdutbud 22

4.2.1 VÅRDCENTRALER 23
4.2.2 TANDVÅRD 25
4.2.3 HABILITERING 26
4.2.1 VÅRD UTANFÖR SJUKHUS 26
4.2.2 PRIVATA UTFÖRARE 29

5 MÅLBILD FÖR EN EFFEKTIV OCH NÄRA VÅRD 2030 31

5.1 Effektiv vård 32

5.2 Nära vård 33

5.3 Samskapad vård 36

5.4 Hälsofrämjande och förebyggande insatser 37

6 STRATEGIER OCH FÖRSLAG 40

6.1 Förnyad vårdstruktur 41

6.1.1 EGENVÅRD 43
6.1.2 VÅRD I HEMMET OCH MOBILA TEAM 45
6.1.3 NÄRMOTTAGNINGAR 47
6.1.4 HÄLSOCENTRALER 48
6.1.5 HÄLSOCENTRALER MED SÄRSKILDA UPPDRAG 50
6.1.6 VÅRDCENTRUM 52
6.1.7 NÄRVÅRDSPLATSER/NÄRVÅRDSAVDELNINGAR 55
6.1.8 SPECIALISERAD VÅRD UTANFÖR SJUKHUS 57
6.1.9 SJUKHUSVÅRD 59

6.2 Digital infrastruktur 63

6.3 Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling 66

6.3.1 AKTIVT TEAMBASERAT PATIENTPROCESSARBETE 66
6.3.2 KUNSKAPSSTYRNING 68
6.3.3 KOMPETENS OCH KAPACITET FÖR FÖRÄNDRINGS- OCH FÖRNYELSELEDNING 71
6.3.4 TJÄNSTEUTVECKLING OCH INNOVATIONSSTÖD 71

6.4 Kompetensförsörjning och nya kompetenser 73

6.5 Forskning för en god och nära vård 75

6.6 Utvecklad styrning och uppföljning 77

6.6.1 INVÅNARPERSPEKTIV 77
6.6.2 ÖVERGRIPANDE STYRNING OCH UPPFÖLJNING 79
6.6.3 STYRNING AV HÄLSOCENTRALER INOM VALFRIHETSSYSTEMET 82
6.7 Hållbara ekonomiska förutsättningar 83

6.7.1 EKONOMISKA VINSTER MED FÖREBYGGANDE INSATSER 86

7 FÄRDPLAN – VÄGEN FRAMÅT MOT EN EFFEKTIV OCH NÄRA VÅRD 87

8 REFERENSER 90

BILAGA 1 – FÖRKORTNINGAR OCH DEFINITIONER 91

BILAGA 2 – GENOMFÖRDA DIALOGMÖTEN 92

Förord

Vården står inför stora utmaningar. Antalet äldre kommer att öka dramatiskt samtidigt som kraven ökar. Den medicintekniska utvecklingen kräver finansiering. Den ojämlika hälsan är ytterligare en utmaning. Pressen på de offentligt finansierade välfärdssystemen kommer således öka samtidigt som möjligheterna till resursförstärkning är begränsat. Som en följd kommer trycket på effektivisering att öka under de närmaste åren.

Svensk vård presterar på många sätt bra. Behandlingsresultaten för många sjukdomstillstånd är mycket goda i en internationell jämförelse. Samtidigt har vi utmaningar när det gäller tillgänglighet, patientmedverkan och kontinuitet liksom samverkan över organisatoriska gränser. Med andra ord har svensk vård en förbättringspotential. Effektiviseringstrycket kan med fördel ses som en möjlighet att förbättra vården.

De ökande kraven på effektivisering kräver en omställning av hälso- och sjukvården. En omställning som innebär mer fokus på nära vård. Nära ur såväl geografisk som relationell synvinkel och dessutom behöver vården vara mer lättillgänglig än idag. Den digitala utvecklingen kan dessutom ge begreppet närhet en ny dimension och möjliggöra närhet på distans och dessutom möjliggöra alltmer avancerad vård utanför sjukhusen.

Det föreliggande arbetet har mot bakgrund av ovanstående tillkommit på initiativ av regionstyrelsen i Region Uppsala. Uppdraget fick namnet Effektiv och nära vård 2030 – för ett gott liv i en nyskapande kunskapsregion.

Arbetet har tagit sin utgångspunkt i ett antal statliga och regionala utredningar, inte minst den statliga utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2), som leddes av undertecknad Göran Stiernstedt. Projektet har genomförts på regionkontorets hälso- och sjukvårdsavdelning under ledning av Göran Stiernstedt. Projektgruppen har dessutom bestått av Sofia Kialt, Ann-Charlott Norman och Maj Sölvesdotter. Utan deras hängivna arbete vid sidan av ordinarie arbetsuppgifter hade uppdragit inte varit möjligt att genomföra.

Uppsala i mars 2018

Göran Stiernstedt

Sammanfattning

Denna sammanfattning utgör en kort summering av kapitlen 1-4. För sammanfattning av resterande kapitel hänvisas till de rutor som inleder respektive kapitel och som utgör en sammanfattning av analyser, bedömningar och förslag.

Uppdraget

Uppsala är ett expansivt län med hög befolkningstillväxt. Länet står också inför demografiska utmaningar, främst en dramatisk ökning av antalet äldre. Tillsammantaget kommer detta ställa höga krav på en effektiv och nära vård i framtiden. Region Uppsala behöver därför få till stånd en långsiktig förändring så att bättre förutsättningar ges för att kunna ge en effektiv och sammanlänkande vård i framtiden. Mot denna bakgrund beslutade regionstyrelsen i maj 2017 att ge hälso-, sjukvårds- och FoUU-utskottet i uppdrag att till regionstyrelsen i april 2018 lägga förslag på målbild och strategi för effektiv och nära vård år 2030 - för ett gott liv i en nyskapande kunskapsregion. Projektet startade i juni 2017 och avslutades i mars 2018.

Det huvudsakliga arbetssättet i projektet har varit att kommunicera med berörda aktörer i länet i en öppen, bred och transparant dialogprocess. Såväl patienter, anhöriga och närstående, invånare, medarbetare, chefer som samarbetspartners behöver dock även framöver involveras i den fortsatta processen och bidra med erfarenheter, tankar och förslag för att nå målbilden om en effektiv och nära vård 2030. Angreppsättet med en öppen dialogprocess syftar till att bidra till omställningsarbetet som kommer att beröra hela Region Uppsalas hälso- och sjukvårdssystem. Det har varit särskilt viktigt att involvera kommunerna i dialogarbetet på ett sätt som kan bidra till ett konstruktivt samarbete även fortsättningsvis.

Målbild för en effektiv och nära vård 2030

Dagens vårdssystem är fragmentiserat. Dessutom behöver den framtida hälso- och sjukvården i länet på ett bättre sätt matchas gentemot befolkningens behov. Målbilden för framtidens hälso- och sjukvård i länet behöver därför utgå från behovet i befolkningen och fokusera på att uppnå en bättre och mer jämlik hälsa hos invånarna i Region Uppsala. En utmaning för den framtida hälso- och sjukvården i länet kommer således att vara att få till stånd en struktur där samtliga delar bidrar till helheten. För att kunna skapa ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem i framtiden som är nära invånarna krävs samordning och samarbete på alla nivåer i systemet, oavsett hvudmannaskap och oavsett om vården bedrivs av offentliga eller privata utförare.

En omställning till en effektiv och nära vård 2030 handlar om att både öka närhet och koncentration av vård, det vill säga det behövs decentralisering och centralisering samtidigt. Med *effektiv vård* menas att en del arbetsuppgifter som kräver specifik kompetens och ”sällanuppgifter” behöver koncentreras, medan andra vårdinsatser behöver föras längre ut i systemet. Med *nära vård* menas att vården i allt större utsträckning förflyttas från byggnaden ”sjukhuset” och ut i andra vårdformer. Närhet kan omfatta geografisk närhet, men även relationell och tillgänglig närhet. I begreppet nära ingår även patientens delaktighet i utformningen av vården. Vården behöver därför involvera patienten i en *samskapad vård* med erkännandet att vårdens möten består av ett gemensamt beslutsfattande av två experter.

Arbetet med att skapa hälsa innebär inte enbart att diagnostisera och behandla sjukdom, utan även att bedriva ett *hälsofrämjande och förebyggande* arbete. Den nära vården är den självklara arenan för merparten av det primärpreventiva arbetet. En konsekvens av

detta är att hälsouppdraget bör markeras tydligare i primärvårdsuppdraget, i första hand ett hälsouppdrag för de individer som vårdpersonalen möter i sitt arbete.

Strategier
För att kunna uppnå målbilden för framtidens hälso- och sjukvård behövs ett antal strategier som talar om hur vägen bör se ut för att kunna utveckla hälso- och sjukvårdssystemet i Region Uppsala. I strategiarbetet ingår att utveckla en hälso- och sjukvårdsstruktur som stämmer överens med befolkningens framtida behov och som ger förutsättningar för samskapande mellan patienten och vården. Föreslagna strategier är att:

- Driva kvalitetsutveckling
- Påverka utbildning och utveckla kompetens
- Anpassa och stärka forskningen
- Utveckla ledning och styrning
- Stödja kontinuitet och egenvård med stöd av digital infrastruktur
- Förnya vårdstrukturen

Digitala tjänster kan öka hälso- och sjukvårdens kvalitet både vad gäller effektivitet och närhet. Exempelvis kan ett digitalt vårdmöte öka närheten för patienten och bespara resan till en fysisk mottagning. Vad som skapar värde i termer av effektivitet och närhet är därför viktigt att beakta ur både invånarens/patientens och verksamhetens perspektiv. Individen/patienten behöver information om vilka digitala möjligheter som erbjuds för att kunna vara delaktig och ta ett större ansvar för sin egen hälsa och vård.

Förnyad vårdstruktur
För att uppnå målen för framtidens effektiva och nära vård krävs framför allt förändringar och förnyelse i dagens vårdstruktur. Ett arbete behöver inledas för att påbörja utvecklingen mot en ny struktur för hälso- och sjukvården i Region Uppsala. Följande nivåer, som inte är detsamma som organisatoriska nivåer, föreslås:

- Egenvård
- Vård i hemmet och mobila team
- Närmottagningar
- Hälsocentraler
- Hälsocentraler med särskilda uppdrag
- Vårdcentrum med närvårdsplatser
- Specialiserad vård utanför sjukhus
- Länssjukhus
- Riks- och regionsjukhus

Även om den nära vården har stort fokus på primärvård och kommunal hälso- och sjukvård, kommer förändringar att få följdverkningar för hela hälso- och sjukvårdssystemet. Ändras en pusselbit i ett sammanhållet system påverkas hela systemet. Utifrån ett kvalitetsperspektiv behöver dessutom en viss koncentration komma till stånd av vård som enbart bedrivs vid länets två sjukhus. Den nationella och sjukvårdsregionala nivåstruktureringen kommer också ha betydelse för hela hälso- och sjukvårdssystemet såväl inom Region Uppsala som för övriga landsting och regioner.

Förnyad vårdstruktur 2030 i Region Uppsala

1 Uppdraget

Den 30 maj 2017 beslutade regionstyrelsen att ge hälso-, sjukvård- och FoUU-utskottet i uppdrag att till regionstyrelsen i april 2018 lägga förslag på målbild och strategi för effektiv och nära vård år 2030 - för ett gott liv i en nyskapande kunskapsregion. Samtidigt utsågs hälso-, sjukvård- och FoUU-utskottet till politisk styrgrupp och samråd för hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO) skulle nyttjas för dialog. Koncernledningen i Region Uppsala har varit styrgrupp på tjänstemannanivå och vårdledningsgruppen har verkat som operativ styrgrupp. Strategi och målbild beslutas av regionstyrelsen i april 2018 och därefter ska en handlingsplan tas fram som delges regionstyrelsen. Projektet startade i juni 2017. Göran Stiernstedt, tidigare särskild utredare för utredningen Effektiv vård, utsågs till projektledare. Projektägare har varit hälso- och sjukvårdsdirektören.

Uppdraget tar sin utgångspunkt från den statliga utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2) samt utredningen God och nära vård (SOU 2017:53). Resultaten från målbild för primärvårdens roll i framtidens hälso- och sjukvård (dnr VS2017-0026) har också införlivats i arbetet, liksom Regionplan och budget 2017–2019, där det framgår att Region Uppsala ska arbeta för en långsiktig förändring så att bättre förutsättningar ges för att kunna ge en effektiv och sammanlänkande vård i framtiden. Utredningen har även tagit hänsyn till flera pågående regionala förändringar och projekt, exempelvis Ekonomi 2020, samgåendet mellan förvaltningarna Primärvården och Hälsa och habilitering och de digitaliseringsprojekt som pågår och som kan stödja en effektiv och nära vård i framtiden.

2 Metoder och arbetssätt

Projektet har använt sig av en öppen, bred och transparant dialogprocess på samma sätt som gjordes i målbildsarbetet för primärvården. Framtidens välfärdssystem samspelar dock på ett sätt som inte låter sig beskrivas på ett mekaniskt och förutsägbart sätt. Därför har den öppna dialogprocessen utgått ifrån kunskapen om att leda och driva utveckling i komplexa system. Såväl patienter, anhöriga och närstående, invånare, medarbetare, chefer som samarbetspartners behöver involveras i den fortsatta processen och bidra med erfarenheter, tankar och förslag för att kunna uppnå en effektiv och nära vård 2030.

Angreppsättet med en öppen och bred dialogprocess syftar därför till att bidra till själva omställningsarbetet, som kommer att beröra hela Region Uppsalas hälso- och sjukvårdssystem. Detta innebär i praktiken att dialogen fortsätter i redan påbörjade mötesarenor, exempelvis rådet för delaktighet, pensionärsrådet, samverkan med de fackliga organisationerna (både på central och lokal nivå), etablerade lokala samverkansarenor samt det politiska samrådet och tjänstemannaledningen för hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO). Utöver befintliga arenor har projektet under arbetets gång skapat nya mötesplatser för dialoger.

Det har varit viktigt att involvera kommunerna i dialogarbetet på ett sätt som kan bidra till ett konstruktivt samarbete även fortsättningsvis. Det är särskilt angeläget eftersom den framtida hälso- och sjukvården behöver samordnas mer effektivt mellan olika huvudmän för största möjliga nytta för patienterna och invånarna i länet.

3 Vård utifrån befolkningens behov

Region Uppsalas vision är att skapa ett gott liv i en nyskapande kunskapsregion med internationell lyskraft. Uppsala är ett expansivt län med hög befolkningstillväxt som ställer krav på ökad vårdkapacitet. Tillväxten i befolkningen, åldersstrukturen och skillnaderna mellan kommunerna kommer att ställa stora krav på ett framtida vårdutbud som är bättre anpassat till befolkningens behov.

Den framtida hälso- och sjukvården behöver struktureras och byggas utifrån befolkningens behov. Därför är det viktigt att löpande följa och prognosticera befolkningstillväxten, åldersstrukturen och skillnaderna mellan olika t.ex. olika kommuner. Dessutom är det grundläggande för det fortsatta förbättringsarbetet att fortlöpande studera hälsoläget i befolkningen inkl. skillnader olika grupper, t.ex. mellan män och kvinnor. Det är en stor utmaning att försöka prognosticera den framtida vårdkonsumtionen, som till betydande del påverkas av vilka hälsoproblem som väntar framöver.

Trafikverkets beslut om att etablera fyrspår mellan Stockholm och Uppsala samt nybyggnationer i Uppsala och i andra delar av länet är också viktiga aspekter att beakta i utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård. Den ökade inflyttningen kommer att öka kraven på Region Uppsalas hälso- och sjukvård, vilket innebär behov av en kraftig utökning av vårdutbudet i form av primärvård, tandvård och viss specialistvård. Analyser pågår dessutom för att bedöma effekter av den utbyggnad som planeras i södra delen av länet utefter järnvägen mellan Uppsala och Arlanda.

3.1 Befolkningsutveckling

Vad gäller befolkningsutvecklingen till 2030 i länet visar befolkningsprognosen på en ökning i Uppsala, Enköping, Knivsta och Håbo kommun, medan Älvkarleby, Tierp, Heby och Östhammars kommuner kommer att ha en relativt konstant befolkningsmängd (se diagram 1 och 2).

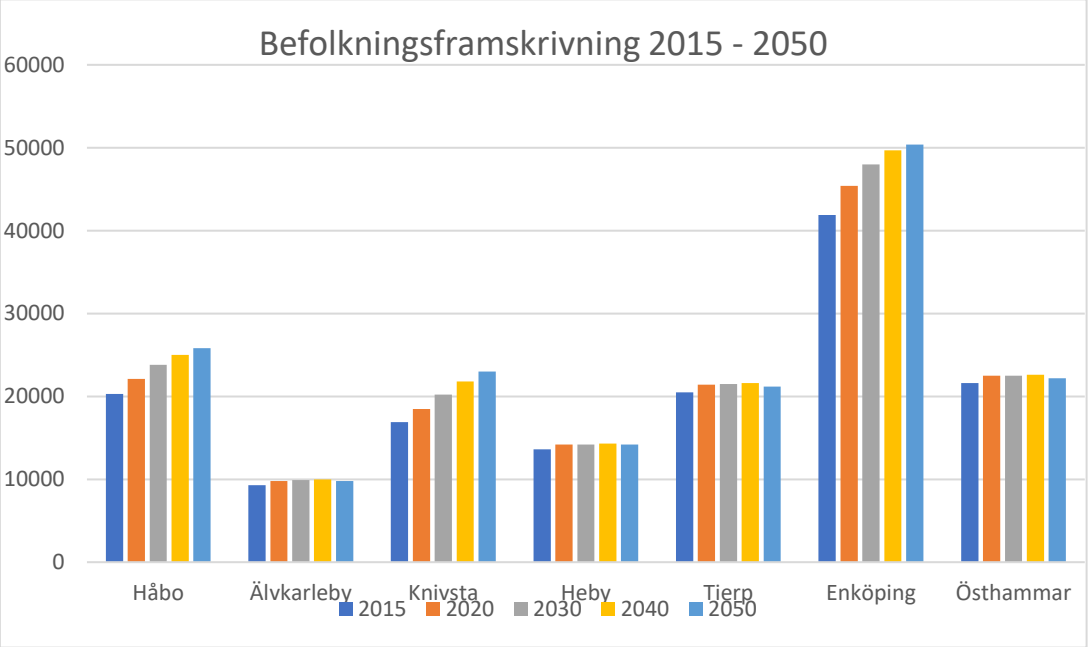


Diagram 1. Prognos för befolkningstillväxt 2015-2050 för länets sju mindre kommuner, Region Uppsala, 2017

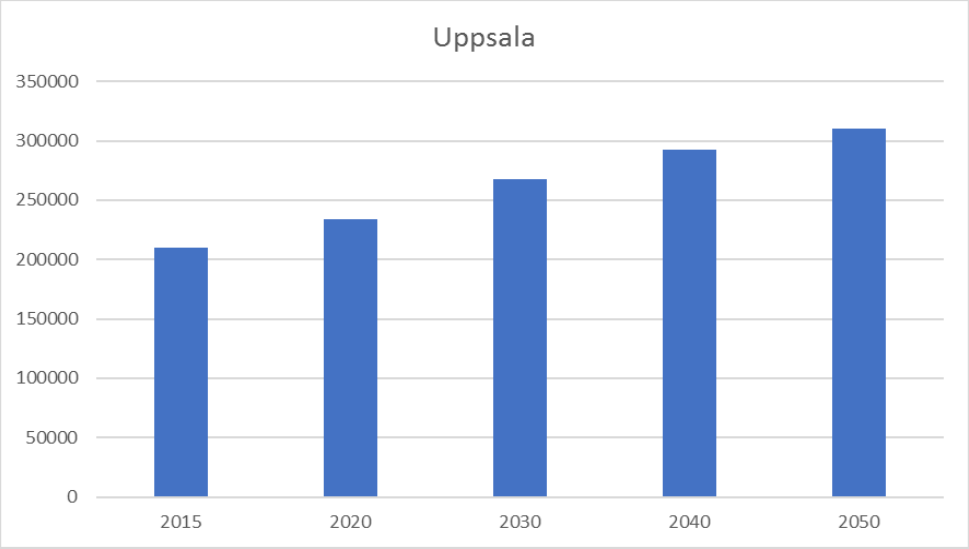


Diagram 2. Prognos för befolkningstillväxt 2015-2050 för Uppsala kommun, Region Uppsala, 2017

När det gäller länets framtida åldersstruktur kommer samtliga kommuner att få en åldrande befolkning. Personer äldre än 75 år ökar således genomgående. Minst uttalad är ökningen i Heby och Älvkarleby kommuner. I prognoserna för befolkningsutvecklingen till 2030 ligger också en ökning av andelen barn och unga. Störst är ökningen i Knivsta, Enköping, Östhammar och Uppsala kommun. Flera av dessa kommuner kan betraktas som inflyttningskommuner och kommer därmed i framtiden att präglas av fler barnfamiljer (se diagram 3 och 4). Befolkningsstrukturen för länet vad gäller könsfördelning kommer inte att förändras i särskilt stor utsträckning.

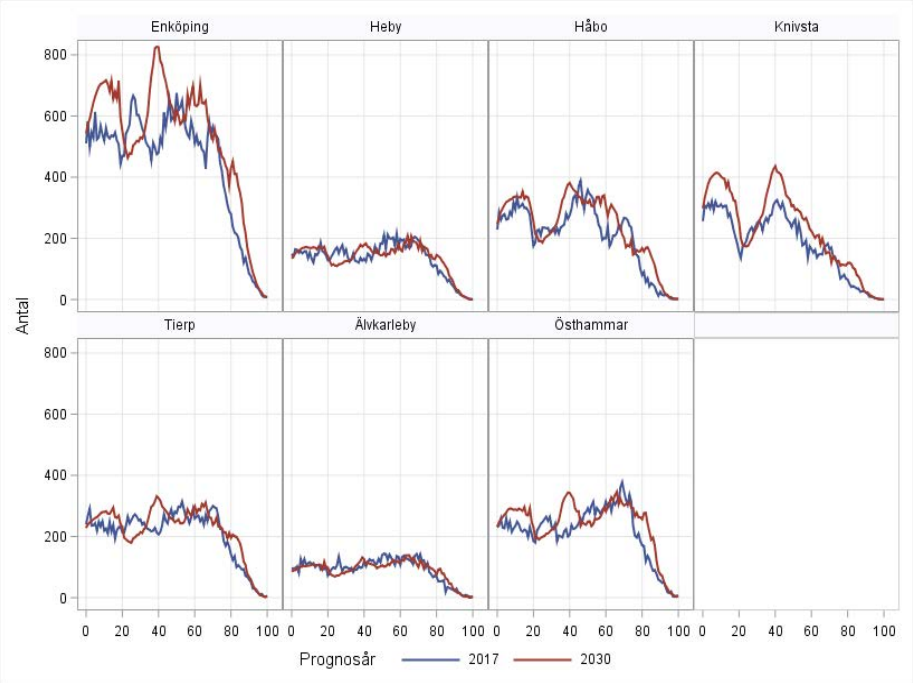


Diagram 3. Prognos för befolkningstillväxt per ålder i länets sju mindre kommuner 2017-2030, Region Uppsala, 2017

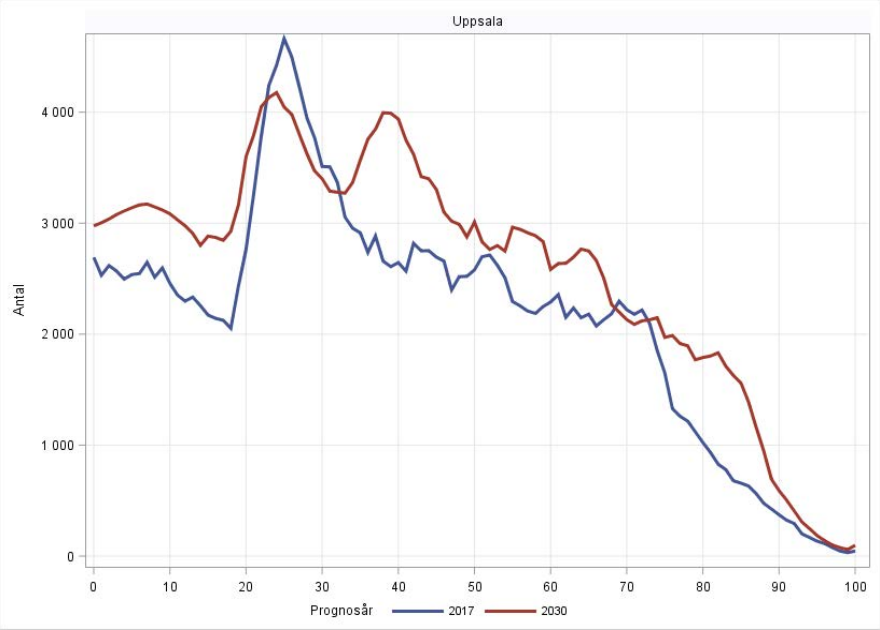


Diagram 4. Prognos för befolkningstillväxt per ålder i Uppsala kommun 2017-2030, Region Uppsala, 2017

3.2 Hälsoläget i Uppsala län

Den framtida hälso- och sjukvården behöver även utvecklas utifrån hälsoläget i befolkningen. Hälsan i befolkningen kan beskrivas utifrån flera olika perspektiv.

Ohälsotalet

Utifrån det så kallade ohälsotalet framgår att det generellt skett en nedgång under perioden 2006-2016 räknat i antal dagar som sjukpenning, rehabiliteringsersättning och aktivitetsersättning betalats ut. Heby, Tierp och Älvkarlebys kommuner uppvisar ett högre ohälsotal än riksgenomsnittet, medan övriga kommuner uppvisar ett lägre ohälsotal än genomsnittet i landet (se diagram 5).

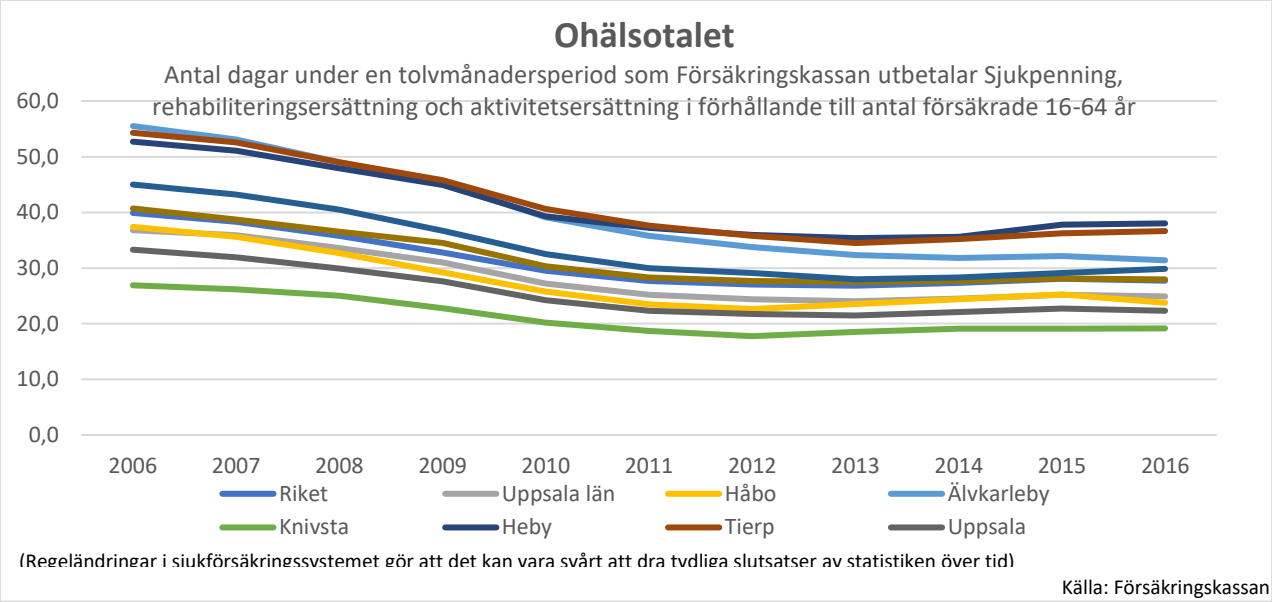


Diagram 5. Ohälsotalet, Uppsala läns kommuner i jämförelse med riket, Försäkringskassan, 2017

Sjukskrivningar

Ett annat sätt att studera hälsan hos länets invånare är via statistik kring sjukskrivningar. I januari 2018 var 13 176 personer sjukskrivna i Uppsala län av Region Uppsalas offentliga och privata enheter inom primär- och specialistvården. De vanligaste diagnoserna för sjukskrivning är psykiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen. Det är betydligt fler kvinnor än män som är sjukskrivna (se diagram 6).

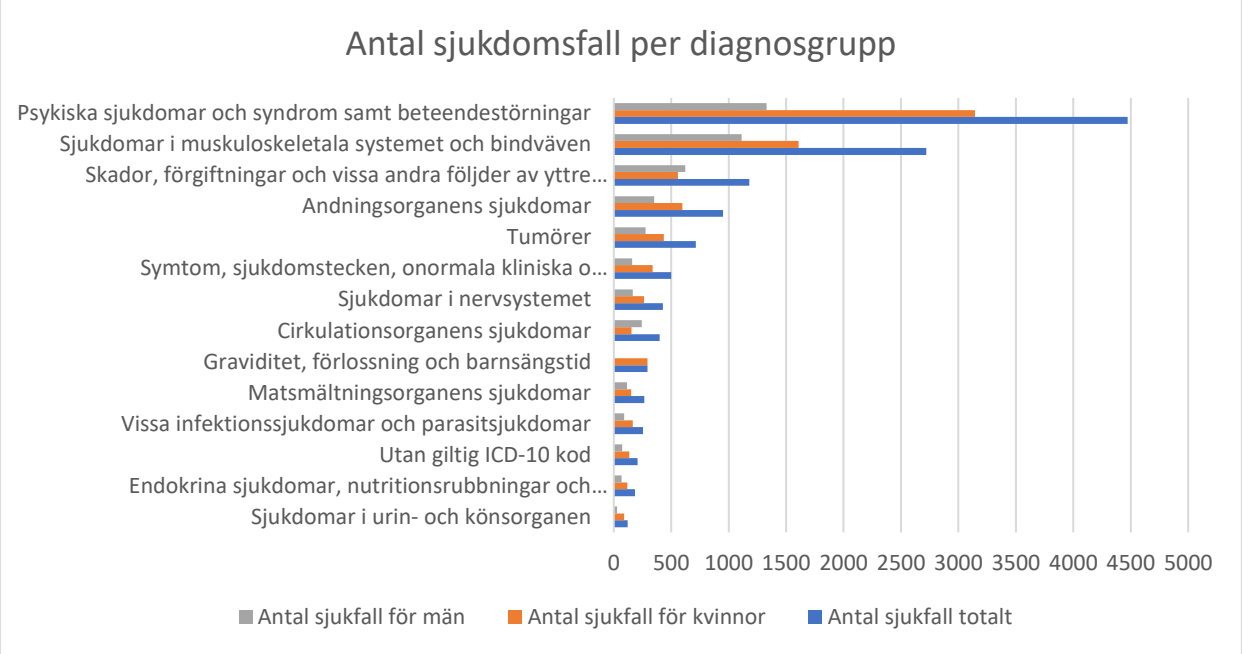


Diagram 6. Antal sjukfall per diagnosgrupp, kvinnor och män, januari 2018, Ineras statistiktjänst för ordinerad sjukskrivning

Vanligaste diagnoserna i slutenvården

De vanligaste diagnoserna per 100 000 invånare inom slutenvården i Uppsala län är relaterade till graviditets- och förlossningsvården. Därefter följer hjärt- och kärlsjukdomar (se diagram 7).

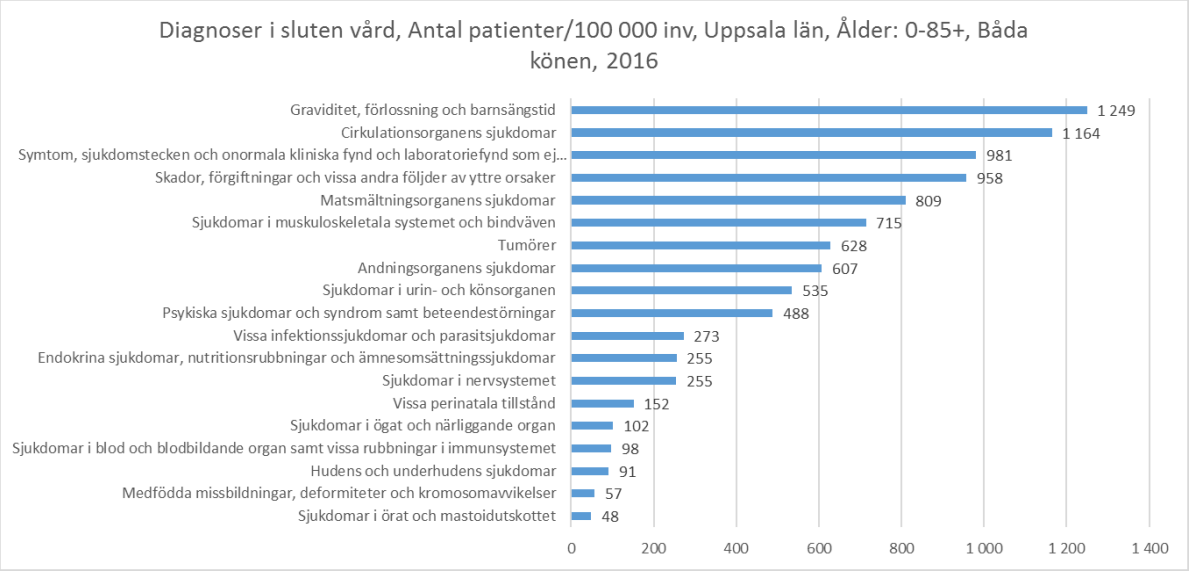


Diagram 7. Diagnoser i sluten vård, antal patienter per 100 000 invånare, Uppsala län, samtliga åldrar, Socialstyrelsens statistikdatabas, 2016

Förekomsten av olika sjukdomar

Inom ramen för projektet har data tagits fram kring förekomsten (prevalensen) av hjärtsvikt i länets samtliga kommuner och prevalens för olika sjukdomar i Knivsta kommun. Uppgifterna är framtagna via Region Uppsalas beslutsstöd och är endast tänkta att användas som exempel för att åskådliggöra skillnader i sjukdomsbilder mellan olika kommuner eller i en enskild kommun.

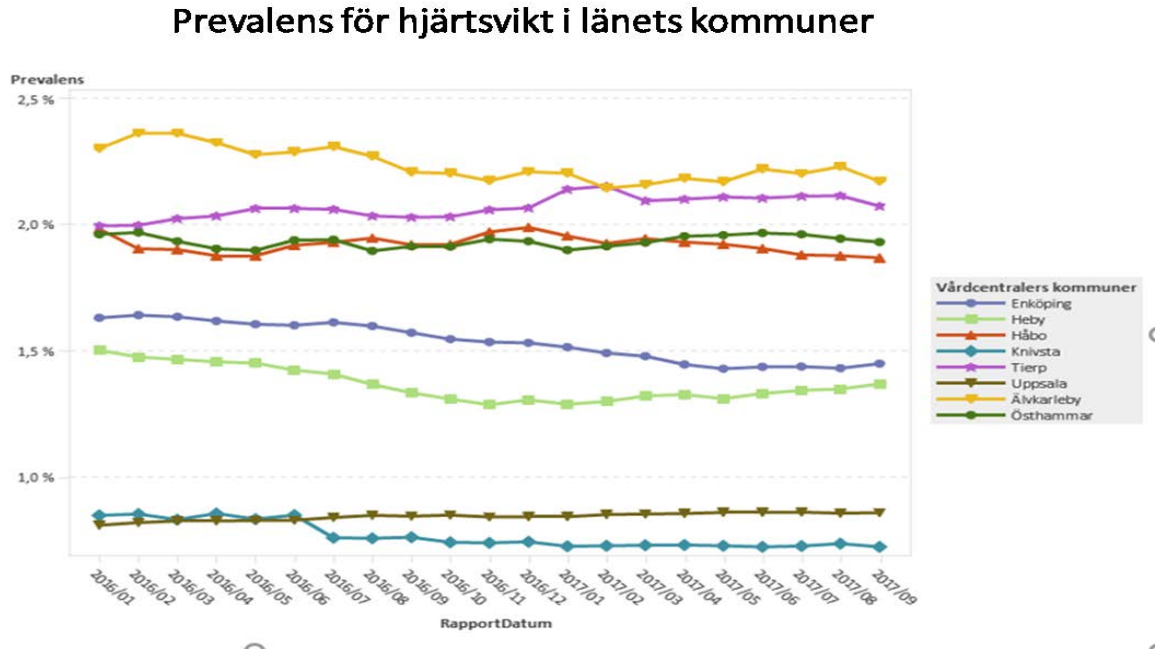


Diagram 8. Prevalens för hjärtsvikt i länets kommuner, Region Uppsala, 2017
Kommentar: Ej validerade och exakta data, endast översiktlig bild

I diagram 8 går att utläsa att hjärtsvikt är mest förekommande i Älvkarleby, Tierps och Östhammars kommun, det vill säga den norra delen av länet. Hjärtsvikt är minst vanligt i Knivsta kommun, som har en yngre befolkning.

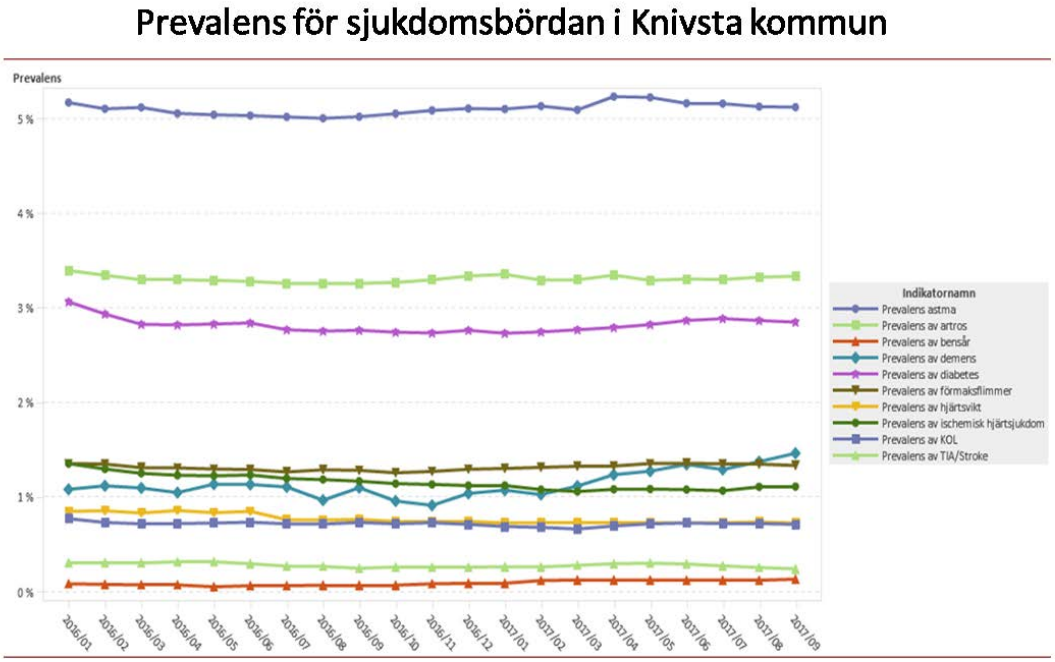


Diagram 9. Prevalens för olika sjukdomar i Knivsta kommun, Region Uppsala, 2017
Kommentar: Ej validerade data, endast översiktlig bild

Av diagram 9 framgår att astma är vanligast förekommande i Knivsta kommun och de minst vanligt förekommande diagnoserna är stroke och bensår, vilket kan förklaras av Knivstas relativt unga befolkning.

Självrapporterad hälsa

Självrapporterat allmänt hälsotillstånd är ett annat mått som visar på hälsoläget i befolkningen. En mängd studier har visat att dåligt självrapporterat allmänt hälsotillstånd har ett starkt samband med långvarig sjukdom, vårdbehov och dödlighet. Samtidigt är den en betydelsefull indikator för att följa hälsoutvecklingen över tid. I Uppsala län upplever 75 procent av invånare i åldrarna 18-84 ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd. Färre kvinnor än män anser sig ha bra hälsa, 72 jämfört med 77 procent (se diagram 11). Sett över tid har den självskattade hälsan legat på ungefär samma nivå sedan 2004 för kvinnor, medan andelen med bra hälsa har ökat för män.

Det är dock stora skillnader rörande upplevd hälsa i kommunerna i länet. I länets norra kommuner, det vill säga Tierp, Älvkarleby, Heby och Östhammars kommuner, upplever sig invånarna ha ett sämre hälsotillstånd än invånarna i andra kommuner i länet och riksgenomsnittet (se diagram 10). Faktorer bakom dessa skillnader är bland annat olikheter i levnadsvanor och livsvillkor.

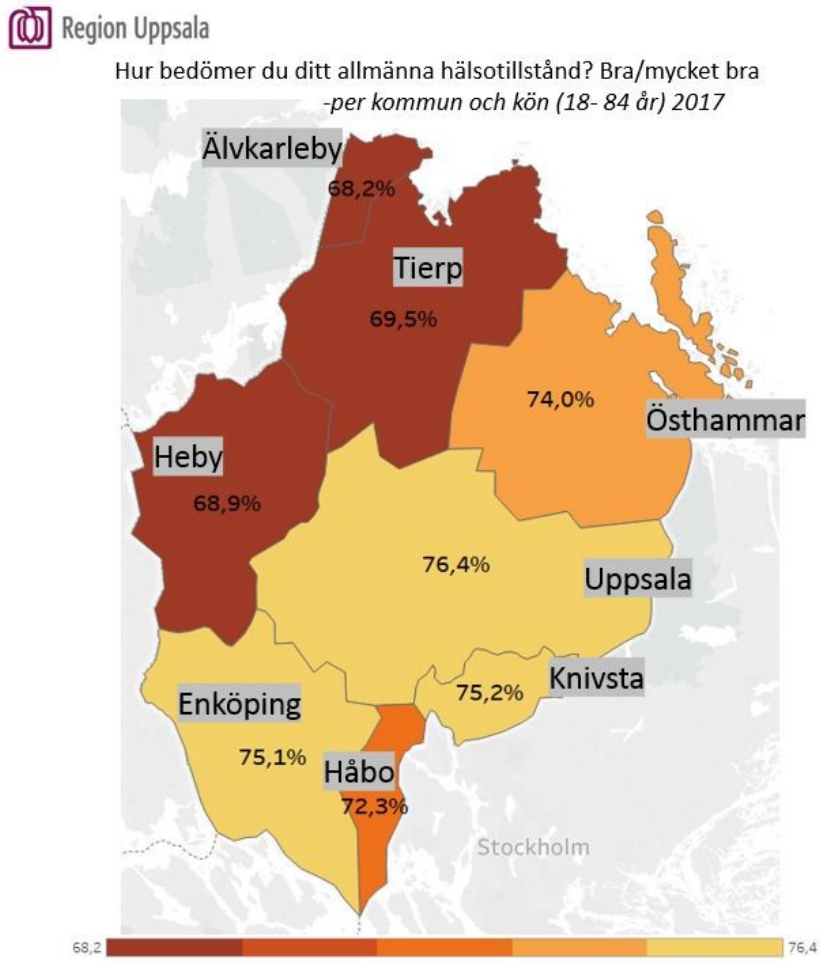


Diagram 10. Självrapporterat allmänt hälsotillstånd i länets kommuner, Liv och hälsa 2017, Region Uppsala

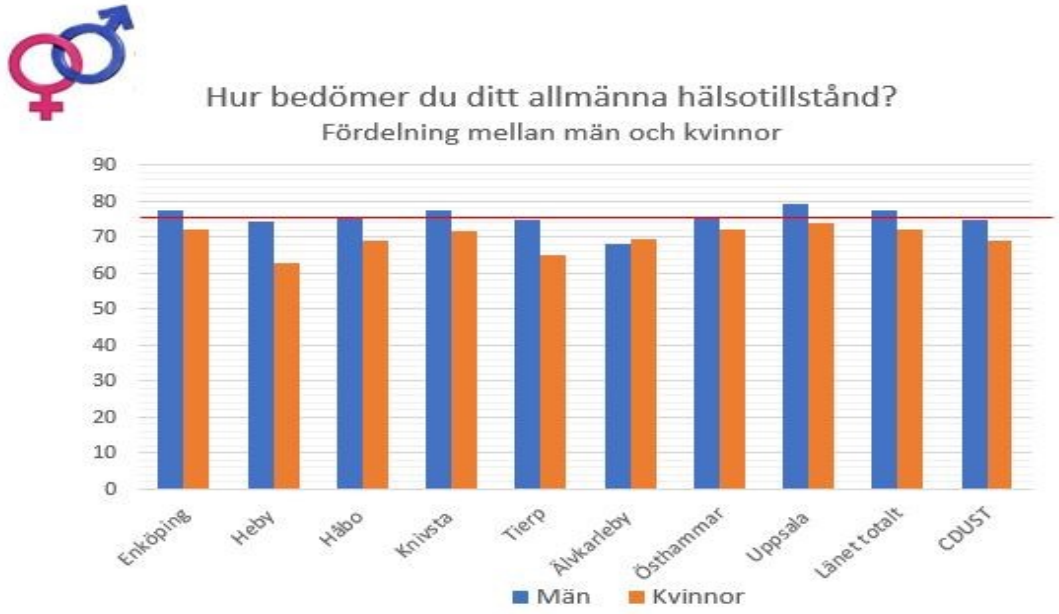


Diagram 11. Självrapporterat allmänt hälsotillstånd i länets kommuner, kvinnor och män, Liv och hälsa 2017, Region Uppsala

De vanligaste självrapporterade hälsoproblemen i Uppsala län 2017 var värk och smärtor i rörelseorganen, som 46 procent av de tillfrågade uppgav ha problem med, 30 procent upplevde att de hade huvudvärk och migrän. I samma undersökning uppgav 24 procent att de hade återkommande mag-/tarmbesvär (se diagram 12).

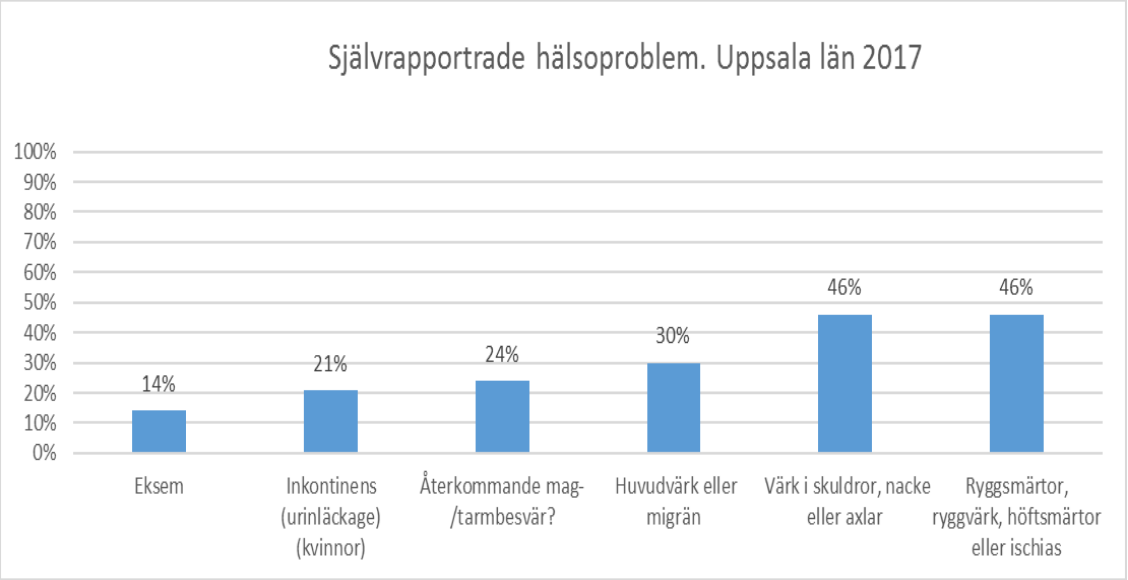


Diagram 12. Självrapporterade hälsoproblem, Uppsala län, Liv och hälsa 2017, Region Uppsala

Vad gäller den självrapporterade psykiska hälsan uppgav 41 procent av de tillfrågade i Uppsala län att de upplevde ängslan, oro eller ångest, 48 procent angav trötthet, 29 procent nedstämdhet och 33 procent sömnsvårigheter som de vanligaste psykiska problemen (se diagram 13).

Personer med funktionsnedsättningar skattar sin hälsa som sämre än övriga befolkningen. Bland personer med funktionsnedsättning angav 45 procent att deras hälsa var bra jämfört med 82 procent i övriga befolkningen (Folkhälsomyndigheten 2015).

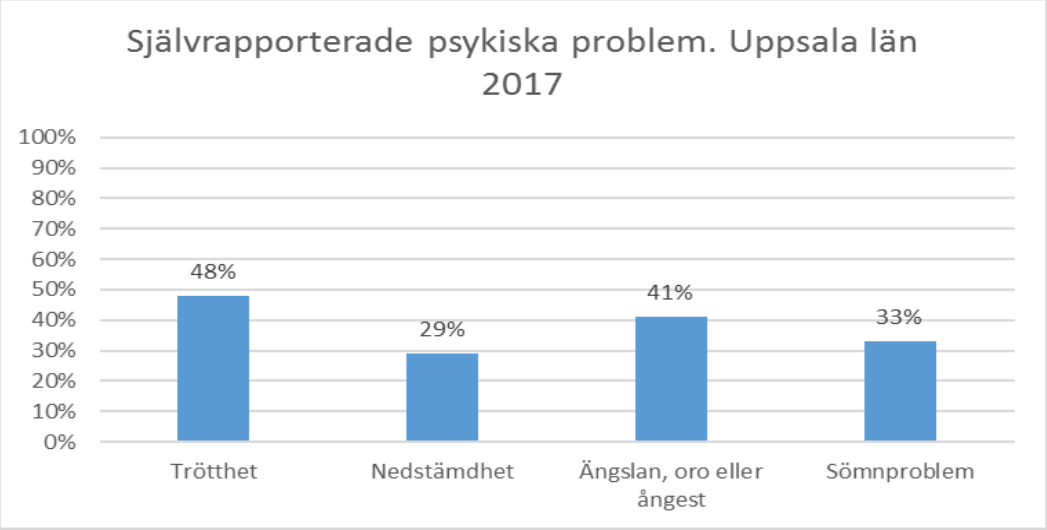


Diagram 13. Självrapporterade psykiska problem, Uppsala län, Liv och hälsa 2017, Region Uppsala

3.3 Vårdbehov och vårdkonsumtion

Förutom befolkningstillväxten och hälsoläget i länet är det viktigt att studera befolkningens vårdbehov och försöka prognosticera den framtida vårdkonsumtionen. Samtliga befolkningsgrupper i samhället behöver en effektiv och nära vård i framtiden som kan svara upp mot deras individuella och unika behov. Dessutom finns särskilt sårbara grupper, som måste tas omhand på ett bättre sätt än tidigare. Även vården för sällanbesökare behöver utvecklas, eftersom de sårbara grupperna redan i dagsläget tar en så pass stor andel av resurserna att även övrig vård påverkas. För att klara den framtida vården är det även viktigt att utveckla anhörigstödet, både utifrån patientens som den anhöriges perspektiv. Det handlar dels om att öka patientsäkerheten och tryggheten vid hemgång, dels att förebygga att den anhörige inte själv blir en framtida patient.

Framtida nya behov och nya tekniska möjligheter ger inte bara fördelar, utan kan även innebära ny ohälsa, som exempelvis andra levnadsvanor, som i dagsläget inte fokuseras på. Från och med 2018 ingår till exempel problem med spel om pengar i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen (Folkhälsomyndigheten 2018).

Sårbara grupper

Behov och vårdkonsumtion stämmer inte alltid överens. Flera av de grupper som har vårdbehov, exempelvis personer med funktionshinder eller multisjuka, kan inte hantera eller komma till vårdgivaren på det sätt som systemet idag är uppbyggt (Riksrevisionen 2017). Exempel på målgrupper med särskilda behov och där hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att anpassa systemet till är multisjuka äldre, personer med samsjuklighet och kroniskt sjuka personer. Andra grupper i befolkningen som har särskilda behov är personer med fysiska och psykiska funktionsnedsättningar. Personer med medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar, som inte är övergående,

behöver en nära, anpassad hälso- och sjukvård, vilket är en förutsättning för en jämlik vård.

Psykisk ohälsa

En stor växande målgrupp är personer med psykisk ohälsa. Ökningen är mest markant bland unga (16-29 år). Bland barn och unga finns grupper med missbruksproblem och psykisk ohälsa, Även självmords- och självskadeproblematik är områden som behöver utvecklas i framtidens vård. Andra målgrupper är personer med neuropsykiatrisk problematik, som ofta även lider av olika former av psykisk ohälsa. Homosexuella, bisexuella och transpersoner rapporterar också en sämre psykisk hälsa än övriga befolkningen. Hälsan skiljer sig dessutom åt i grupper med olika utbildningsnivå, även om hälsan i landet under senare år har utvecklats överlag positivt i samtliga utbildningsgrupper. (Folkhälsomyndigheten, 2017). Ytterligare målgrupper med ökad risk för psykisk ohälsa är flyktingar och asylsökande (Kommissionen för jämlik hälsa 2017).

Beräknat vårdbehov utifrån bestämningsfaktorer

Ett etablerat sätt att beräkna vårdbehov är Care Need Index (CNI), som tar hänsyn till ett antal bestämningsfaktorer hos befolkningen: ensamstående över 64 år, utlandsfödda, arbetslösa, ensamstående förälder, individer som flyttat, lågutbildade och barn under fem år. CNI återspeglas inte i ovanstående prognoser för befolkningstillväxt, men retrospektivt framträder skillnader mellan länets kommuner (se figur 14). Mellan 2012 och 2017 har Håbo, Älvkarleby, Knivsta, Tierp och Östhammars kommuners befolkning ökat i CNI, medan Heby, Uppsala och Enköpings kommun ligger relativt konstant. En stor kommun som Uppsala behöver beakta att CNI kan fördela sig olika mellan landsbygd och tätort, såväl som mellan olika geografiska områden inom tätorten.

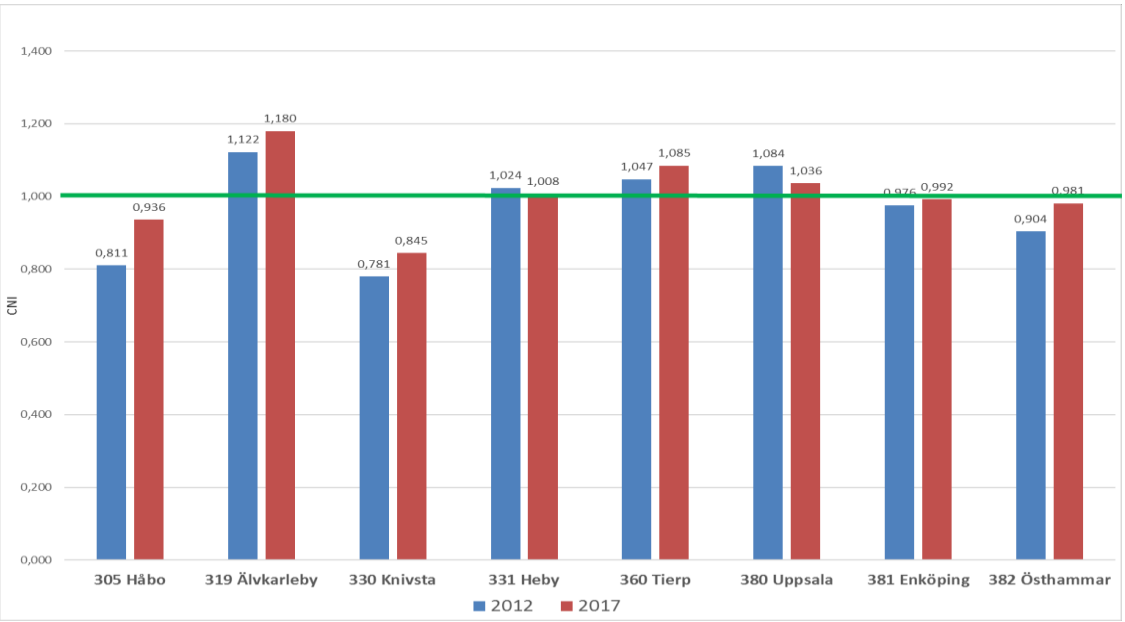


Diagram 14. Care need index (CN) per kommun i Uppsala län, 2012 och 2017, Region Uppsala

Dessutom behöver ökningen av CNI analyseras utifrån vilken bestämningsfaktor som är den tyngst vägande för kommunen. Exempelvis karaktäriserar arbetslöshet och äldre personer Älvkarlebys befolkning, medan barnfamiljer karaktäriserar Knivsta och Håbo kommuner. Det är tyngden av den specifika bestämningsfaktorn som har betydelse för vilken hälso- och sjukvård som behöver prioriteras i respektive kommun.

När det gäller öppet arbetslösa och sökande i program för aktivitetsstöd framkommer att Knivsta och Håbo kommuner hade lägst andel öppet arbetslösa och sökande i program för aktivitetsstöd av samtliga kommuner i länet, medan Älvkarleby och Tierps kommuner hade högst andel (se diagram 15).

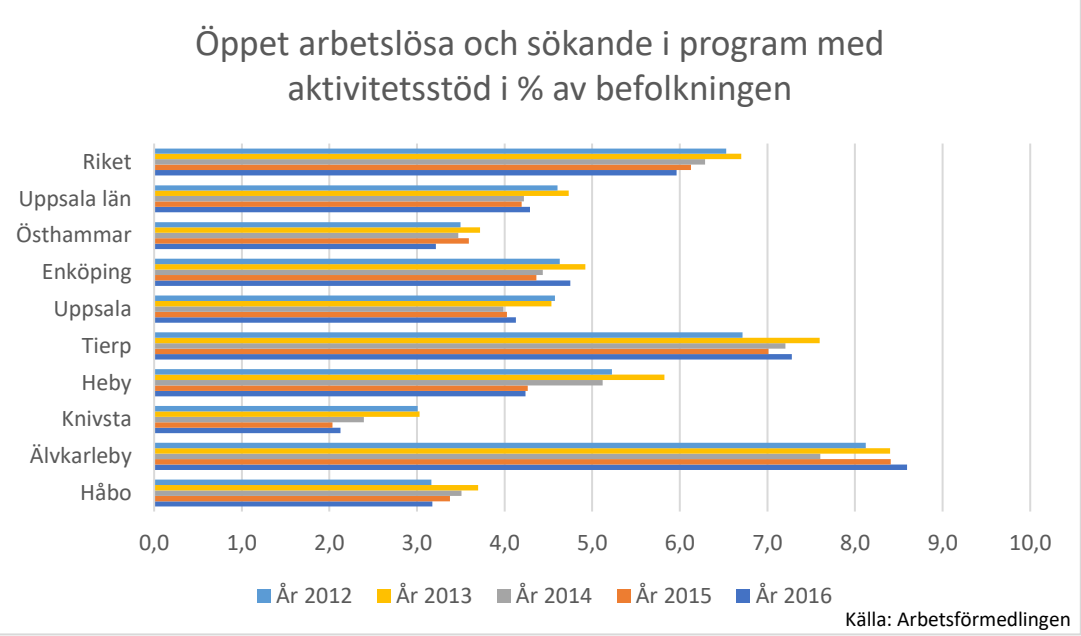


Diagram 15. Öppet arbetslösa och sökande i program med aktivitetsstöd, Uppsala län och kommunerna i jämförelse med riket, Arbetsförmedlingen, 2017

Framtida vårdkonsumtion

För att kunna strukturera hälso- och sjukvården utifrån befolkningens behov är det viktigt att försöka prognosticera den framtida vårdkonsumtionen. Utifrån prognosticerade siffror framgår att antalet vårdkontakter som en följd av befolkningstillväxten kommer att öka generellt under den kommande tjugoårsperioden. Den största förändringen avser de äldsta målgrupperna, där ökningen är dramatisk (se diagram 16).

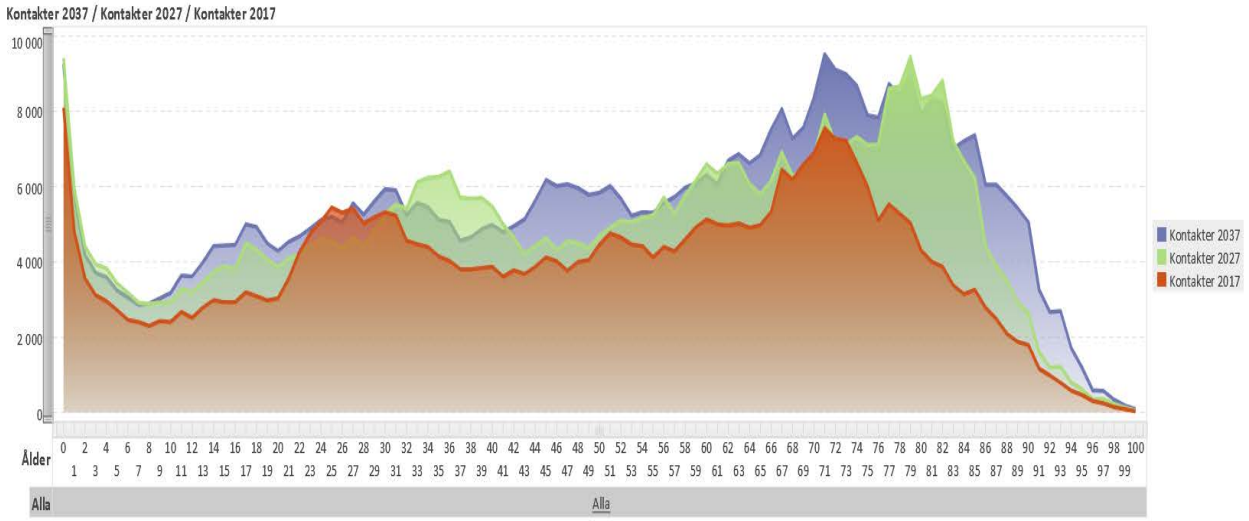


Diagram 16. Antal vårdkontakter 2017, 2027 och 2037, rak framskrivning, Region Uppsala, 2017

4 Region Uppsalas hälso- och sjukvårdssystem

4.1 Nationell och internationell jämförelse

Förutsättningarna för att få till stånd en jämlik och personcentrerad vård är några av Region Uppsalas mest framträdande utmaningar, inte minst när det gäller primärvårdens uppdrag. Vid en genomgång av svensk primärvård visade det sig att Sverige har haft en sämre utveckling än andra länder när det gäller att ansvara för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering utan avgränsning avseende sjukdomar, ålder eller patientgrupper (Vårdanalys, 2017).

Andel primärvård av totala hälso- och sjukvården
Andelen primärvård av den totala hälso- och sjukvården i Sverige är låg jämfört med andra länder (OECD, Health Statistics 2016, ur Vårdanalys, 2017). När det gäller Region Uppsala i förhållande till övriga landsting/regioner är andelen resurser som avsätts till primärvårdens verksamheter näst lägst i hela landet (se diagram 17).

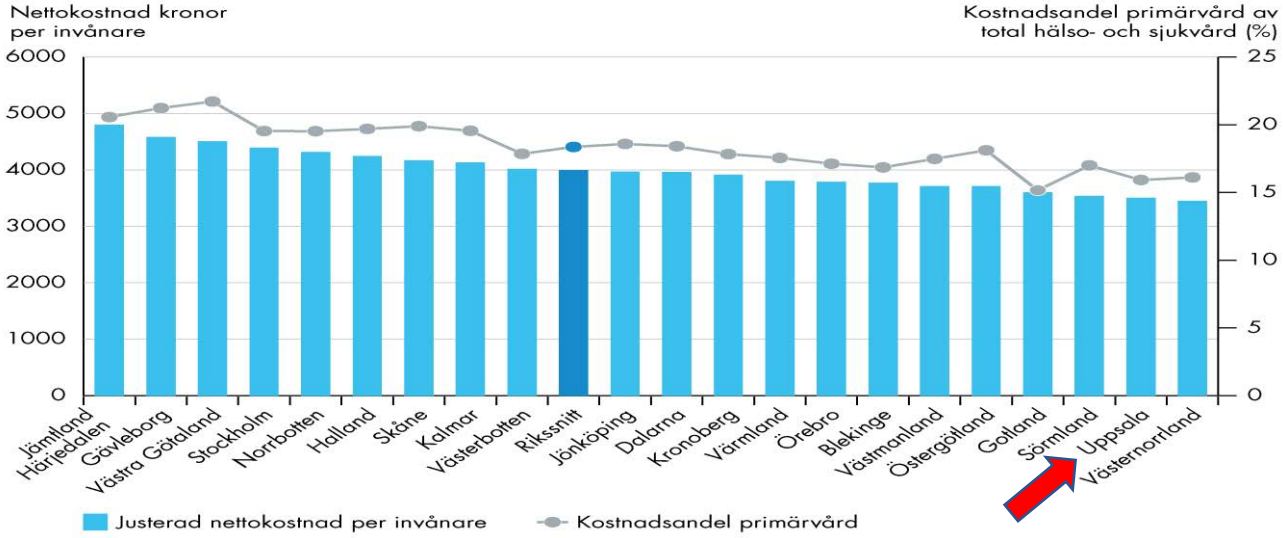


Diagram 17. Kostnadsandel primärvård av total hälso- och sjukvård, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017

Befolkningens förtroende
Enligt den senaste hälso- och sjukvårdsbarometern har invånarna i länet högt förtroende för sjukvården i sin helhet, för sjukhusen och vårdcentralerna. De uppfattar att vården ges på lika villkor och att de har tillgång till vården när de behöver den. Patienterna har också svarat att de är positiva till att koncentrera vård i det fall det förbättrar kvaliteten. Det är dock endast 59,3 procent av invånarna i länet som anser att de har en rimlig väntetid till vårdcentralen (Hälso- och sjukvårdsbarometern, 2017).

När det gäller förtroendet i befolkningen för primärvården har förtroendet ökat och enligt senaste nationella patientenkäten ligger Region Uppsala något högre än genomsnittet i landet (respekt och bemötande, tillgänglighet, delaktighet och involvering, information och kunskap samt kontinuitet och koordinering (Nationella Patientenkäten, NPE 2017). Avseende specialiserad öppenvård och slutenvård samt

akutmottagningar ligger nivån för förtroendet hos invånarna ungefär på samma genomsnitt som övriga landet (Nationella Patientenkäten, NPE 2016).

Det finns ett samband mellan högt förtroende hos befolkningen och hög tillgänglighet; ju högre tillgänglighet desto högre förtroende för hälso- och sjukvården (Vårdanalys, 2017). Som framgår av diagram 18 placerar sig Uppsala i mitten vid en jämförelse mellan landsting/regioner.

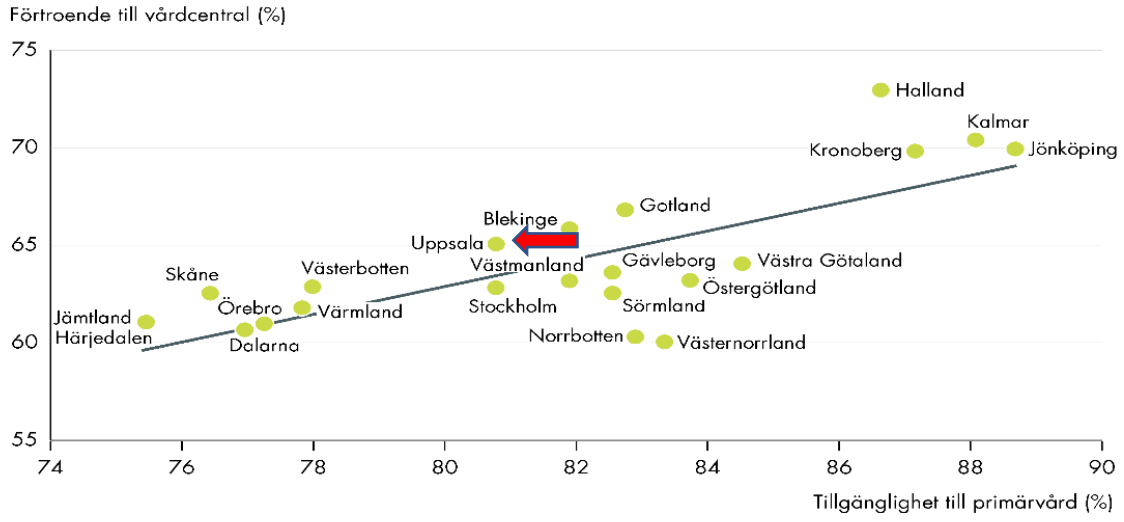


Diagram 18. Samband mellan förtroende och tillgänglighet, Vårdanalys, 2017

En hög patientupplevd kvalitet korrelerar dessutom med lägre kostnader för landstingen. (Vårdanalys, 2017). Uppsala har en relativt hög patientupplevd kvalitet och hög produktivitet i jämförelse med övriga landsting/regioner (se diagram 19).

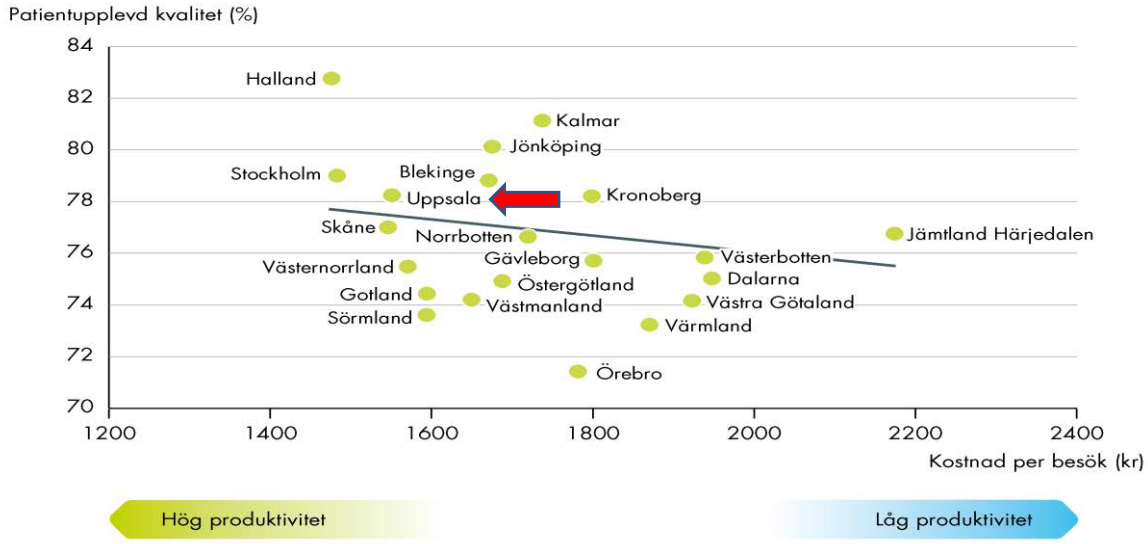
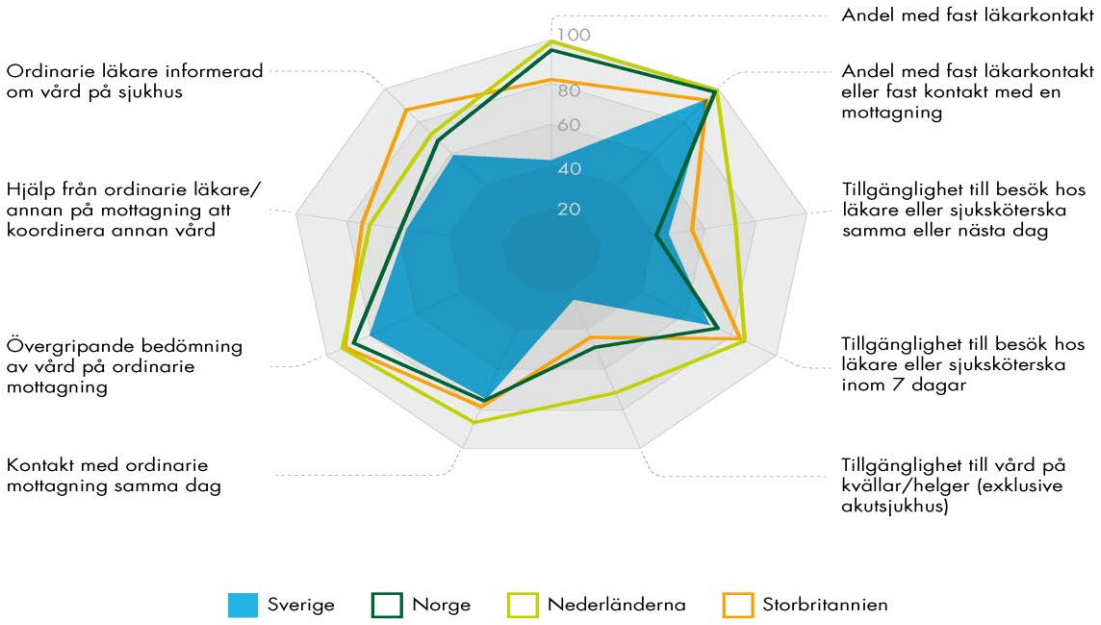


Diagram 19. Patientupplevd kvalitet och kostnader per besök (kr), Vårdanalys, 2017

Utifrån gjorda analyser framgår dessutom att en högre kontinuitet i hälso- och sjukvården ger lägre kostnader. En tänkbar orsak kan vara att det tar kortare tid att genomföra ett besök då läkaren eller sjukvårdspersonalen känner patienten sedan tidigare (Vårdanalys, 2017).

När det gäller personcentrering i form av exempelvis andel patienter med fast läkarkontakt och tillgänglighet till vård på kvällar/helger (exklusive akutsjukhus) ligger Sverige sämre till än Norge, Nederländerna och Storbritannien (Vårdanalys, 2017) (se figur 1).



Figur 1. Patientcentrering, jämförelse mellan olika länder, Vårdanalys 2017

Det finns ingen anledning att anta att Region Uppsalas bild ser annorlunda ut än resten av Sverige när det gäller patientcentrering, fast läkarkontakt och tillgänglighet till vården. Samskapande vård och kontinuitet är därför några av Region Uppsalas viktigaste förbättringsområden. Även anhörigstödet behöver utvecklas. Anhöriga vårdar ofta sina familjemedlemmar i hemmet och därmed riskerar de själva att bli patienter om de inte får tillräckligt stöd.

Tillgänglighetsstatistik

Vad avser tillgängligheten till läkarbesök inom sju dagar i Region Uppsala har den varit någorlunda konstant de senaste två åren och varierat mellan 83-91 procent. Telefontillgängligheten har haft en nedåtgående trend de senaste åren med en tillgänglighet om 94 procent hösten 2014 till 86 procent hösten 2017. En av förklaringarna till minskningen avseende telefontillgängligheten är att antalet patienter som söker kontakt via mina vårdkontakter har ökat kraftigt de senaste två åren (Väntetider i vården, 2018).

Inom specialistvården har tillgängligheten till första läkarbesök och behandling/operation förbättrats sedan 2016. I januari 2018 var tillgängligheten till första läkarbesök 84 procent och antalet väntande till första läkarbesök som överskridit vårdgarantins gränser om 90 dagar var lägre än på flera år. Tillgängligheten till behandling/operation inom specialistvården var i januari 2014 90 procent och sjönk fram till och med sommaren 2016. Därefter har tillgängligheten till behandling/operation succesivt förbättrats och var i januari 2018 83 procent. Siffrorna för Uppsala län när det gäller specialistvården ligger bättre till än genomsnittet i landet (Väntetider i vården, 2018).

4.2 Region Uppsalas vårdutbud

Detta avsnitt innehåller endast ett urval av det vårdutbud som finns inom Region Uppsala och har inte ambitionen att vara heltäckande. De olika verksamheterna som beskrivs nedan ska endast ses som exempel på områden som behöver tas med i de fortsatta diskussionerna om vad som bör ingå i den nära vården i länet.

Utifrån de kartläggningar som gjorts i projektet kan konstateras att det finns en brist på helhetssyn i dagens vårdutbud och hälso- och sjukvårdssystem. Enskilda beslut har i vissa fall inte föregåtts av bedömningar av vilken del i helheten som det finns behov av att utveckla och förbättra för att få till stånd en effektiv hälso- och sjukvård som utgår ifrån befolkningens behov. En del verksamheter tar hand om samma målgrupper, samtidigt som vissa målgrupper hamnar mellan stolarna i de olika vårdnivåerna. Inte heller har tandvården införlivats helt och hållet i hälso- och sjukvårdssystemet, utan hanteras oftast som en separat del vid sidan av resten av vårdverksamheterna.

Dagens vårdutbud i Region Uppsala visar således på en splittrad bild där olika verksamheter växt fram vid olika tidpunkter. Det bidrar till ett bristfälligt koordinerat och därmed ineffektivt system som invånarna har svårt att orientera sig i. I dagens hälso- och sjukvårdssystem saknas därför helhetsstruktur och samordning mellan de olika verksamheterna inom systemet, vilket gör att patienten inte får en sammanhållen vård, oavsett om huvudmannaskapet ligger på Region Uppsala eller hos kommunerna. Den bild som har växt fram i arbetet med projektet har även förstärkts vid dialoger med flera aktörer, exempelvis Pensionärsrådet. Dagens vårdutbud matchar därmed inte befolkningens behov på ett heltäckande sätt som är långsiktigt hållbart.

Eftersom vården behöver utföras på rätt nivå och vara sammanhållen enligt BEON-principen, behöver hälso- och sjukvårdssystemets struktur utvecklas utifrån andra förutsättningar och principer än vad som görs idag. Särskilt gäller detta målgrupper som exempelvis har funktionsnedsättningar, personer som är multisjuka och har komplexa behov, både utifrån ett hälso- och sjukvårds- och omsorgsperspektiv. Det är också angeläget i de fortsatta diskussionerna om utvecklingen mot en effektiv och nära vård att även involvera de privata vårdgivarna.

En utmaning med dagens system är att prioritering av framtida fastighetsinvesteringsbehov sker utan kunskap om riktning för framtidens hälso- och sjukvård i länet. Det finns därför behov av en samlad och övergripande etablerings- och utvecklingsplan för framtidens hälso- och sjukvårdssystem som bygger på befolkningens behov på lång sikt och som kan ligga till grund för fastighetsinvesteringsplanerna.

Vårdsystemet för personer med psykisk ohälsa
När det gäller psykisk ohälsa är det viktigt att säkerställa att hela vårdkedjan fungerar, eftersom olika förvaltningar och verksamheter tar hand om vissa åldersgrupper med viss psykisk ohälsa, medan andra vårdenheter hanterar andra (Lumell Associates, 2017). Helhetsperspektivet saknas och patienter bollas fram och tillbaka i systemet. Även äldre personer lider ofta av psykisk ohälsa, vilket medför att olika vårdinstanser kopplas in utan att någon samordning sker mellan enheterna.

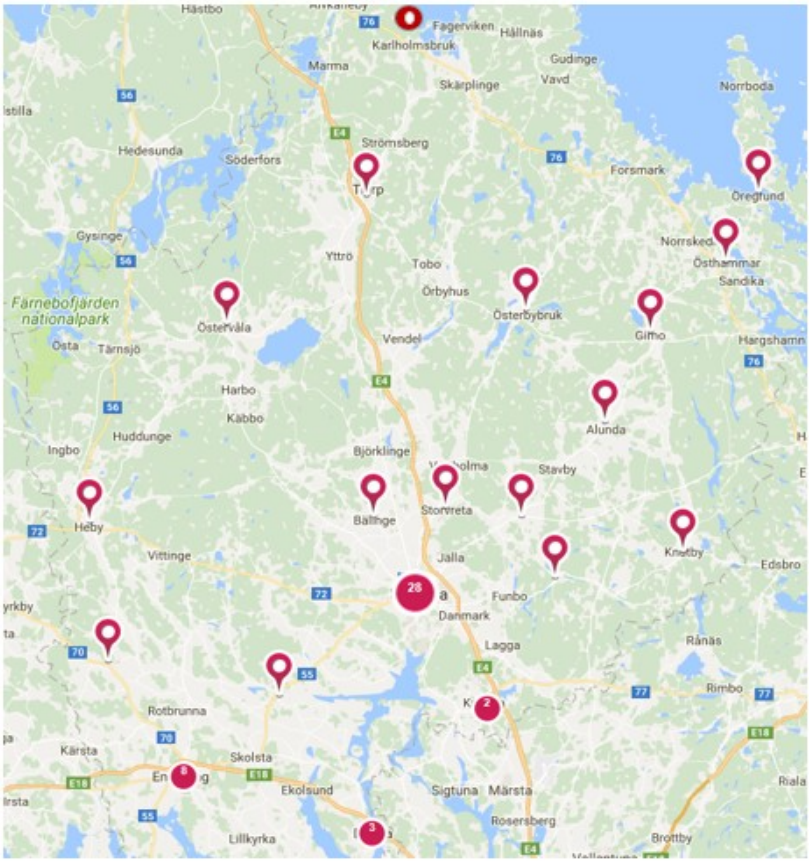
Ett exempel där olika vårdnivåer hanterar delvis samma målgrupper är psykisk hälsa hos barn och unga och gränsdragningarna mellan de olika vårdenheterna kan ibland vara svåra att göra. Psykisk ohälsa hos barn och unga 0-17 år med lätt till medelsvår psykisk ohälsa hanteras inom primärvården, ungdomsmottagningarna, samtalsmottagningarna och barnspecialistmottagningarna vid Akademiska sjukhuset. Mödra- och barnhälsovården ansvarar för blivande mödrar och barn mellan 0-5 år. Inom specialistvården finns barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) inom Akademiska sjukhuset för barn och unga med svår psykisk ohälsa upp till 18 år. Därutöver tar habiliteringsverksamheten hand om de grupper med barn och unga med psykisk ohälsa som hör till specialistvården inom habiliteringens område.

4.2.1 Vårdcentraler

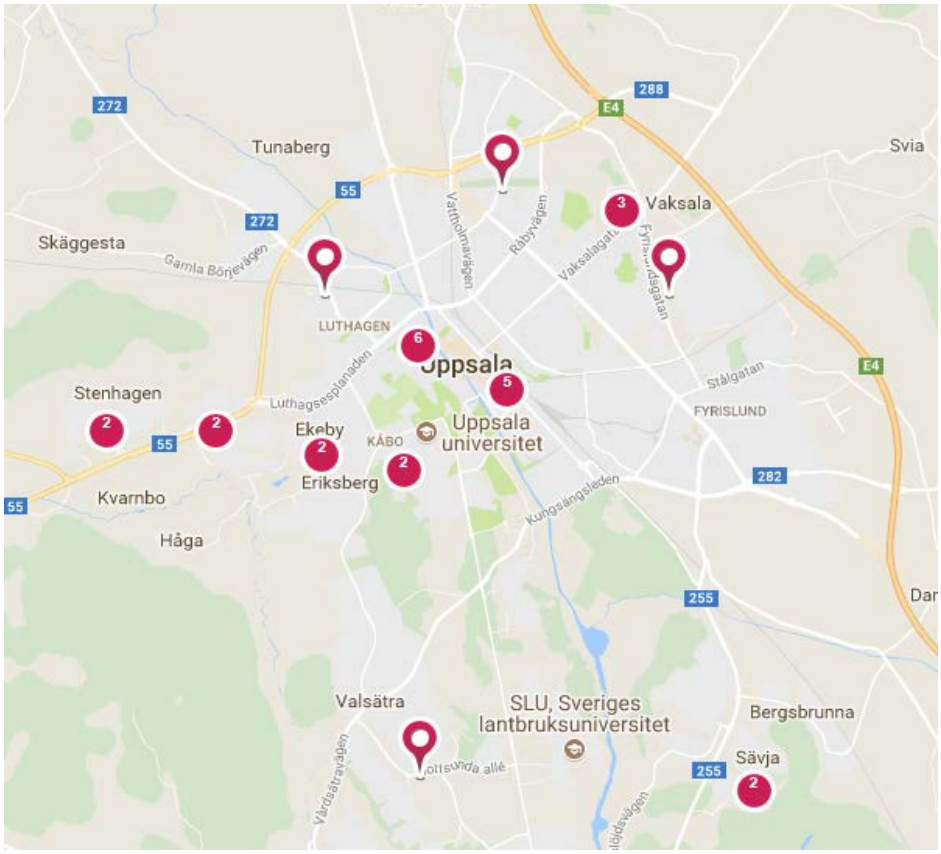
Den produktion som utförs inom dagens primärvård avser både offentlig och privat utförd vård enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling och lagen om (2008:962) valfrihetssystem. Inom primärvårdens vårdcentralsuppdrag (LOV) finns totalt 41 vårdcentraler och åtta filialer inom länet, varav 21 vårdcentraler och sex filialer drivs i egen regi och 20 vårdcentraler och två filialer drivs i privat regi (se figur 2 och 3).

Totalt genomfördes 2017 mer än en miljon besök inom vårdcentralsuppdraget, det vill säga besök till läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, mödrahälsovård och barnhälsovård (Årsredovisning Vårdstyrelsen, 2017). Det totala antalet besök inom vårdcentralsuppdraget har minskat 2017 jämfört med föregående år, framför allt sjuksköterskebesöken. Orsaker till minskningen bedöms bland annat vara minskade tider för drop-in-verksamhet och ökad andel kontakter via Mina vårdkontakter. Överlag har det skett en förskjutning från besök till telefonkontakt för övriga professioner. Den lägre produktionen av läkarkontakter förklaras bland annat av vakanta tjänster och brist på distriktsläkare.

Det genomsnittliga antalet årsarbetare på vårdcentralerna vid utgången av 2017 var 618, vilket är en ökning med 37 årsarbetare jämfört med 2016.



Figur 2. Vårdcentraler i Uppsala län, offentliga och privata, Region Uppsala, 2017



Figur 3. Vårdcentraler i Uppsala närområde, offentliga och privata, Region Uppsala 2017

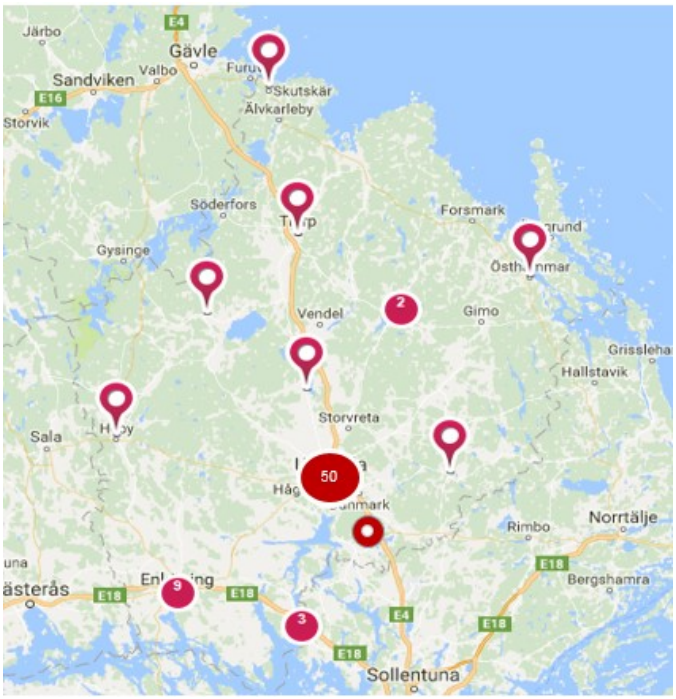
En viktig målgrupp som behöver tas omhand på primärvårdsnivå är barn. Enligt en journalanteckningsstudie som gjorts på Barnsjukhuset vid Akademiska sjukhuset skulle 50 procent av barnen som besöker barnakuten ha kunnat tas omhand inom primärvården. Idag finns en överenskommelse om att barn under ett år tas omhand av Akademiska sjukhuset och primärvården övriga åldrar. Det har också funnits problem med att cirka 2-4 utskrivningsklara barn per vecka inte har kunnat skrivas ut från sjukhuset eftersom de inte beviljats assistans för egenvårdsinsatser. En överenskommelse har tecknats mellan Region Uppsala och länets kommuner om att lösa behovet av vård gemensamt. Denna typ av samverkansform förväntas bidra till nytta utifrån ett individperspektiv och frigöra vårdplatser för andra barn.

4.2.2 Tandvård

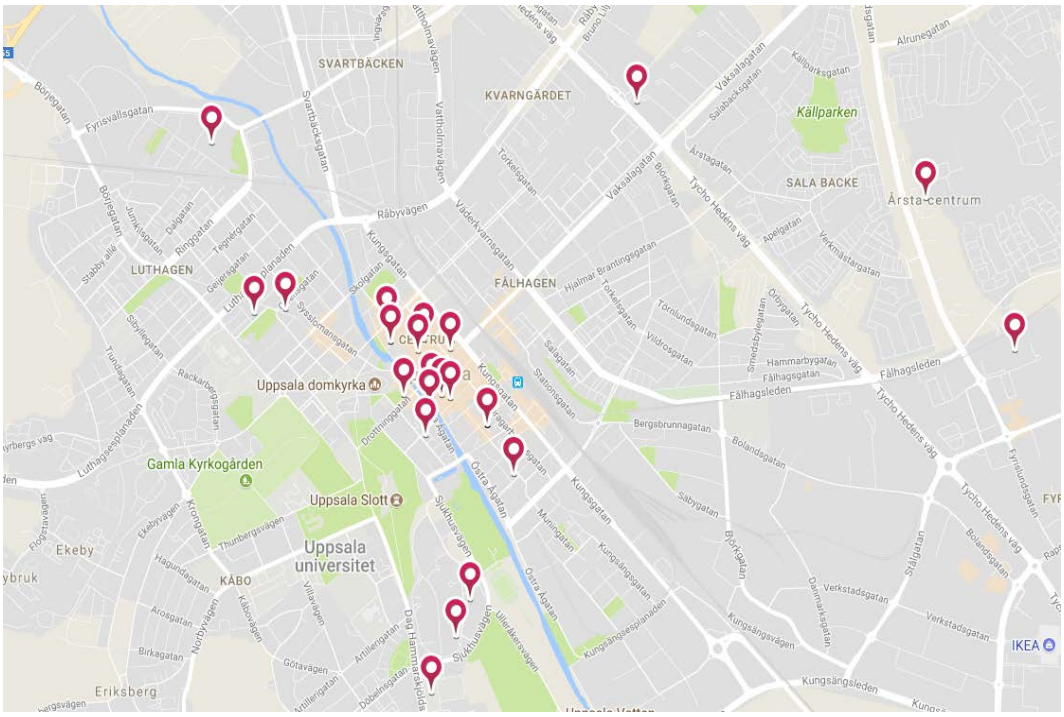
Folktandvården består i dagsläget av 20 kliniker inom allmäntandvården, varav åtta är lokaliserade i Uppsala. Av dessa 20 kliniker följer 11 vårdcentralernas lokalisering i länet. Specialisttandvård inklusive sjukhustandvård bedrivs i Uppsala och Enköping. Därutöver tillkommer cirka 70 privata tandläkarkliniker i länet varav ett femtiotal är placerade i Uppsala (se figur 4 och 5). Under 2017 hade Folktandvården ett högt patienttryck beroende på bland annat befolkningstillväxten i länet. Samtidigt har rekryteringsläget varit ansträngt för flera yrkeskategorier.

Totalt gjordes 2017 cirka 330 000 besök inom den offentliga tandvården, varav cirka 278 000 besök avsåg allmäntandvården och cirka 52 000 besök till specialisttandvården. Antalet årsarbetare 2017 inom Folktandvården var 390, vilket är en ökning från 2016 med 7 årsarbetare (Årsredovisning Vårdstyrelsen, 2017).

Även tandvården behöver ingå som en viktig del i det framtida hälso- och sjukvårdssystemet, inte minst när det gäller dess hälsofrämjande och förebyggande roll.



Figur 4. Tandvårdskliniker i Uppsala län, offentliga och privata, Region Uppsala 2017



Figur 5. Tandvårdskliniker i Uppsala närområde, offentliga och privata, Region Uppsala 2017

4.2.3 Habilitering

Habiliteringsverksamheten i Region Uppsala innefattar huvudsakligen specialiserad habilitering för barn och vuxna, det vill säga att bedriva hjälpmedelscentral, syncentral, hörcentral och tolkcentral (för döva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade). Här finns även en audionommottagning, ett center för kommunikativt och kognitivt stöd (CKK), och taltjänst. Därutöver finns en samtalsmottagning för anhöriga, ett mobilt team för barn och vuxna för insatser i brukarens närmiljö, en LSS-enheten för myndighetsutövning (enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). Habiliteringen har ett medicinskt ansvar upp till sjuksköterskenivå för LSS-boende för barn och ungdomar under 17 år och för hälso- och sjukvård vid två hem för vård och boende (HVB). I förvaltningen ingår även ett samordningsansvar för två centrum: Centrum för funktionshinder (innefattar Infoteket) och Centrum för hälsa och integration.

Under 2017 genomfördes 72 347 läkarbesök och övriga besök inom Hälsa och habiliterings verksamhetsområden (utom slutenvårdsbesöken), vilket är en minskning med cirka 6 procent. Dock ingår i denna produktionsstatistik även besök som gjorts inom Centrum för hälsa och integration och minskningen av besöksproduktionen beror delvis på ett minskat antal asylsökanden.

4.2.1 Vård utanför sjukhus

När personer med komplexa behov har svårigheter att ta sig till en vårdcentral kan hemsjukvård möjliggöra för personen att få motsvarande insatser i hemmet istället. Vården kan utföras i såväl ordinarie som särskilt boende. Insatserna kan vara akuta eller planerade. Det kan handla om såväl bedömning och behandling som uppföljning. Dessa kan också vara förebyggande insatser, exempelvis undernäring som riskerar att resultera i undvikbara återinskrivningar, fallskador och trycksår. Hembesöken kan utföras av läkare eller sjuksköterska från patientens ordinarie vårdcentral. Alternativt kan behoven

tillgodoses av ett mobilt hembesöksteam med särskilt fokus på personer med behov av vård i hemmet.

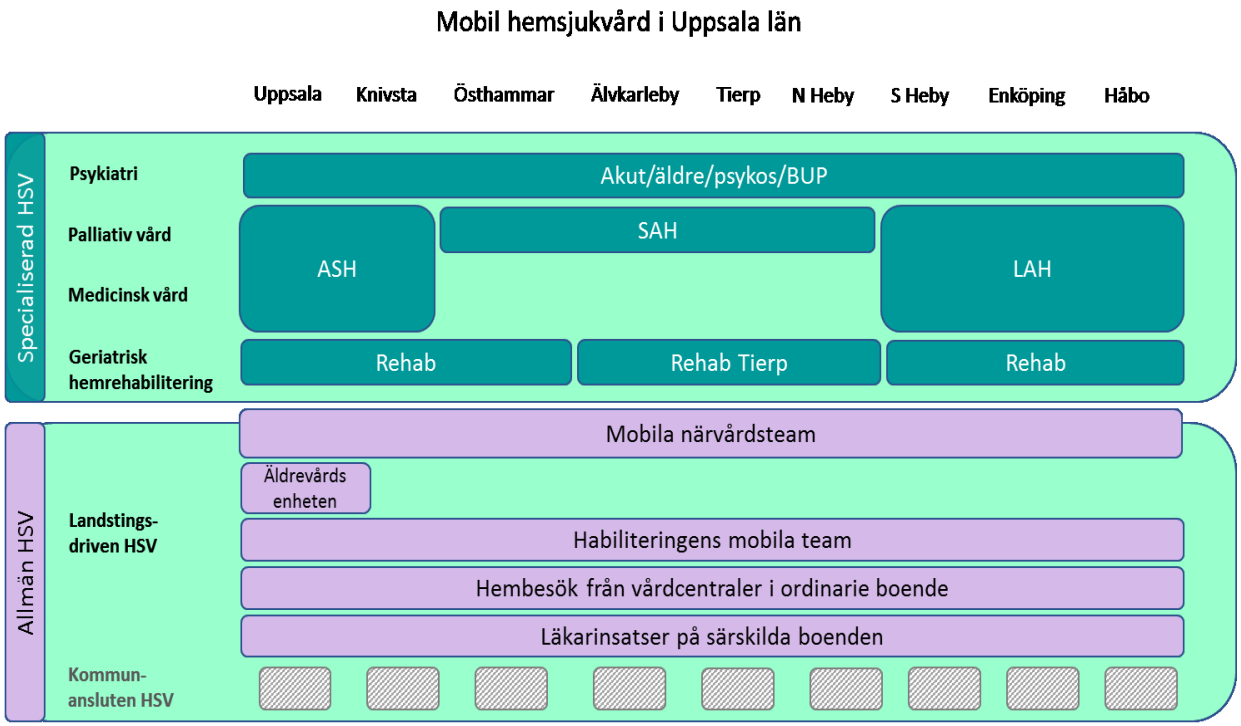
Allmän hemsjukvård
Allmän hemsjukvård omfattar akuta och planerade insatser på primärvårdsnivån. Personer med komplexa behov som har svårt att ta sig till en vårdcentral kan få planerade insatser i hemmet istället. Insatserna syftar till att förebygga försämring. Det kan handla om såväl bedömning, behandling som uppföljning. Hembesöken kan utföras av läkare eller sjuksköterska från patientens ordinarie vårdcentral. Även hemsjukvård i form av akuta punktinsatser kan ges till personer vid akut försämring. Istället för att åka till en akutmottagning, vilket ofta innebär lång väntan på undersökning och behandling, kan patienten få sin bedömning och begränsade vårdinsatser i hemmet. Vid hembesöket avgörs om patienten behöver skickas vidare till sjukhuset eller om patienten kan stanna hemma, till exempel med stöd från kommunal hemsjukvård.

Specialiserad hemsjukvård
Specialiserad hemsjukvård inkluderar hemrehabilitering, palliativ vård i livets slutskede, vård av icke-palliativa patienter med allvarlig sjukdom som cancer eller KOL samt psykiatriska insatser i hemmet. Syftet är både en högre vårdkvalitet och att ersätta slutenvårdsdygn på sjukhus. Utgångspunkten är att patienterna ansluts till vårdformen under en begränsad tid när de har behov av insatserna. Anslutning till palliativa vårdteam sker i regel tills patienten avlider. För kroniskt sjuka patienter, till exempel patienter med hjärtsvikt eller KOL där förloppet ofta är fluktuerande, kan i vissa fall en ”vilande” långtidsanslutning vara aktuell, där patientens anslutning på ett enkelt sätt kan aktiveras igen vid behov.

Mobil hemsjukvård i Uppsala län
Det finns för närvarande ett antal mobila verksamheter i Uppsala län kopplade till hemsjukvården:

- Allmän hemsjukvård med mobila team på primärvårdsnivå
    - Kommunala vård- och omsorgsinsatser
    - Insatser i särskilda kommunala boenden (SÄBO)
    - Vårdcentralers hembesök inom ramarna för vårdvalet
    - Mobila närvårdsteam
    - Habiliteringens mobila team
    - Äldrevårdsenhetens hembesöksverksamhet
- Specialiserad hemsjukvård med sjukhusanslutna mobila team
    - Specialistansluten hemsjukvård (SAH)
    - Avdelningen för specialiserad hemsjukvård (ASH)
    - Lasarettansluten hemsjukvård (LAH)
    - Geriatrisk hemrehabilitering (rehab)
    - Psykiatrins mobila team (akut/äldre/psykos/BUP)

Den organisatoriska hemvisten för de mobila teamen varierar, vilket är en följd av lokala anpassningar utifrån befintliga strukturer och politiska ställningstaganden.



Figur 6. Mobil hemsjukvård i Uppsala län; mobila team inom specialistvården (mörkgrön färg), mobil hemsjukvård på primärvårdsnivå (lila färg), kommunal hemsjukvård (grå färg)

För de sjukhusanslutna mobila teamen har fokus framförallt varit på den palliativa vården. En breddning till andra medicinska uppgifter har påbörjats, framförallt genom införandet av LAH vid Lasarettet i Enköping. Utbyggd specialiserad hemsjukvård utgör en alternativ vårdform för en del av de patienter som idag återfinns inom slutenvården, både på sjukhus och närvårdsenheter. Exempelvis har LAH:s verksamhet bidragit till ett minskat tryck på slutenvården vid verksamhetsområde medicin vid Lasarettet i Enköping. Erfarenheterna är att kostnaderna för lasarettet totalt sett har reducerats i och med införandet av LAH.

Vissa frågetecken finns kring samarbetet mellan aktörer inom primärvården och de specialiserade hemsjukvårdsteamen. Före LAH hade kommunerna allt ansvar för hemsjukvården under jourtid. Idag uppstår inte sällan oklarheter om roller och ansvar, trots att det finns skriftliga överenskommelser om ansvarsfördelning och ”gränszonen” mellan LAH:s och kommunens insatser.

Även Folktandvården har mobil verksamhet. Under 2017 gjordes 4 500 mobila besök av Folktandvården.

Beredskapsjouren är till viss del en mobil enhet. Uppdraget för beredskapsjouren i Uppsala län ingår i vårdcentralsuppdraget. Länet har två beredskapsområden, en i den västra och en i den östra delen. I arbetsuppgifterna ingår rådgivning, vid behov hembesök till sköterska som arbetar i hemsjukvård avseende personer i särskilda boenden, konstaterande av dödsfall utanför sjukhusinrättning samt vårdintygsprövningar.

Närvårdsplatser
Med närvårdsplatser avses slutenvårdsplatser där patienter skrivs in och behandlas på en vårdinrättning lokaliserad utanför Akademiska sjukhuset i Uppsala och Lasarettet i Enköping. Närvårdsplatser finns på tre platser i länet: Närvårdsavdelningen i Uppsala, Geriatrikavdelning 2/närvårdsplatser i Tierp samt Närvårdsenheten i Östhammar. De olika verksamheterna har liknande uppdrag och den primära målgruppen är äldre med sammansatta vårdbehov, som inte kräver sjukhusets olika specialistfunktioner.

De tre olika verksamheterna skiljer sig åt i vissa avseenden, framför allt när det gäller samfinansieringen med kommunerna. Även andra skillnader finns, såsom organisationen av vården samt i det medicinska innehållet. Exempelvis finns inte tillgång till röntgen vid Närvårdsavdelningen i Uppsala, vilket försvårar för både patienterna och för personalen, då patienterna måste transporteras till och från Akademiska sjukhuset i samband med röntgenundersökningar.

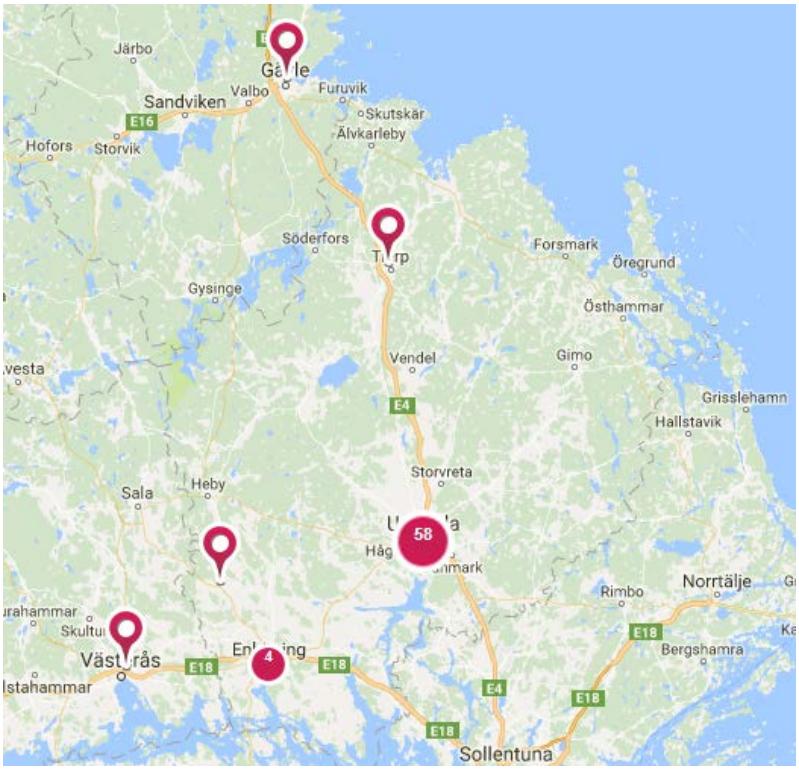
När det gäller närvårdsplatser generellt har genomförda utvärderingar kunnat visa att denna form av vård tillgodoser stora vårdbehov och avlastar andra delar i vårdsystemet, i första hand slutenvården vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Det handlar både om avlastning genom minskat inflöde till akuten och genom utslussning av utskrivningsklara från olika avdelningar på sjukhusen.

4.2.2 Privata utförare

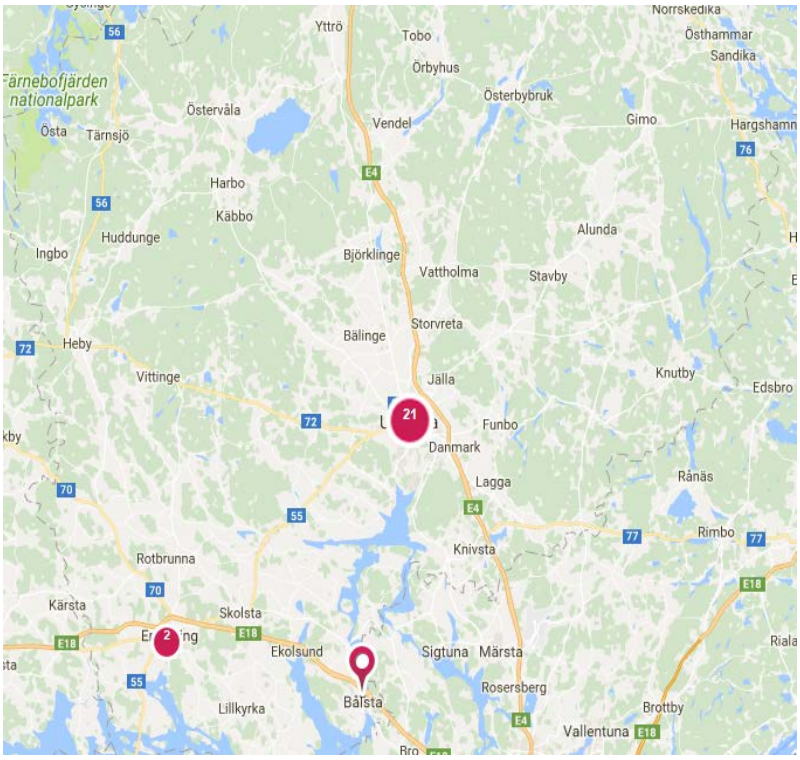
Hälso- och sjukvård bedrivs i länet inte bara i egen regi utan även av privata utförare inom både primärvård, specialiserad öppenvård och tandvård. Från och med 2019 kommer det att bedrivas hälso- och sjukvård i Region Uppsala inom totalt sju vårdområden utifrån lagen om (2008:962) valfrihetssystem; psykoterapi, gynekologi, katarakter, ögon, öron, näsa och hals, primär hörselrehabilitering och fotvård för diabetiker. Därutöver finns två vårdval inom primärvården; vårdcentralerna och mödrahälsovården. Ingen egenregiverksamhet ingår i vårdvalen för specialistvård. Inom områdena fysioterapi, enligt lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi samt kiropraktik och naprapati enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling finns för närvarande 38 vårdgivare/utförare verksamma. Även specialistvård enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning utförs i länet av cirka 40 läkare, varav majoriteten är lokaliserade i Uppsala innerstad.

Region Uppsala har cirka 340 avtal med privata utförare inom hälso- och sjukvård och tandvård. Under 2017 registrerades totalt cirka 2,5 miljoner vårdkontakter (exklusive tandvård) inom varav cirka 34 procent registrerades av privata utförare inom hälso- och sjukvården som Region Uppsala har avtal med. Totalt köpte Uppsala under 2016 cirka 15 procent privat utförd hälso- och sjukvård. Inom primärvården var den siffran 40 procent mätt som andel av Region Uppsalas nettokostnader.

Utvecklingen av verksamheter inom vårdvalen har generellt sett bidragit till en mer nära vård, det vill säga ett större utbud av vård som bedrivs utanför sjukhusen. Etableringen av utförare inom vårdvalssystemen har också bidragit till att förbättra tillgängligheten, inte minst inom vårdcentralsuppdraget. Ett problem med den fria etableringen inom valfrihetssystemen är dock att utbudet inom vissa verksamheter tenderar att placera sig i centrala Uppsala, vilket försvårar ett jämlikt utbud i hela länet. Några exempel är den fria etableringen av privata psykoterapeuter och privat gynekologi enligt valfrihetssystemet, där de flesta mottagningarna i dagsläget är placerade i centrala Uppsala (se figur 7 och 8).



Figur 7. Privata gynekologer (LOV) i Uppsala län, Region Uppsala, 2017



Figur 8. Privata psykoterapeuter (LOV) i Uppsala län, Region Uppsala, 2017

Erfarenheterna från vårdvalssystem inom specialiserad vård visar på svårigheter att uppnå kostnadskontroll, bland annat då kapitering i princip inte går att tillämpa. Ersättningen bygger därför till stor del på prestation, vilket medför risk för indikationsglidning och ökning av antalet besök. Det är svårt att premiera samverkan i ersättningsystemen och därmed riskerar många vårdval inom specialiserad vård att öka fragmentiseringen.

Ett flertal av de privata företag som bedriver vårdverksamhet är fåmansföretag, vilket kan medföra svårigheter att utföra utbildningsuppdraget, det vill säga att ta emot studenter under utbildning samt AT-/ST-läkare. Totalt sett bidrar privata utförare positivt till hälso- och sjukvårdssystemet. En stor utmaning blir dock att vid utformningen av den framtida nära vården i större utsträckning än idag integrera de privata utförarna i det samlade hälso- och sjukvårdssystemet, styra etableringar utifrån behov och förbättra samverkan med samtliga utförare, såväl offentliga som privata.

5 Målbild för en effektiv och nära vård 2030

I framtidens hälso- och sjukvård är människorna i fokus och vården finns där patienten och invånaren behöver den. Relationen mellan människorna och vården är tillitsfull och bygger på ett ömsesidigt förtroende. Vården är tillgänglig och nära och samtidigt av hög kvalitet. I den framtida nära vården är primärvården basen i ett samspel med sjukhus och kommunala insatser som tydligt utgår ifrån patientens behov (God och nära vård, SOU 2017:53).

Dialogen med invånare, patienter och anhöriga för att förstå behov och även förstå förväntningar är centrala för att kunna fortsätta att utveckla en målbild. Det är en framträdande internationell trend att involvera patienter, närstående och invånare i vårdens utveckling för att försöka förstå deras behov; ”Vad är viktigt för dig?” är en fråga som sprider sig internationellt för att sporra den dialogen och går att följa via hashtaggen #whatmatterstoyou.

”I den nära vården måste vi komma ihåg att den mänskliga kontakten, en hand att hålla i, är mer välgörande än många andra insatser.” (Röst från Pensionärsrådet)

I en effektiv och nära vård 2030 förväntar sig invånare och patienter att vården är lättillgänglig, vilket är en central förtroendefråga. Befolkningen förväntar sig också kontinuitet som gynnar såväl förtroendet för som effektiviteten i vården. Att organisera sig för kontinuitet är en framgångsfaktor i en effektiv och nära vård. Vården 2030 är intresserad och upptagen av att stärka varje persons hälsa oavsett sjukdom, men arbetar även tillsammans med andra för att aktivt stärka grupper med sämre hälsa och livskvalitet.

Det är viktigt att hälso- och sjukvårdssystemet byggs på ett sådant sätt att den vård invånarna behöver ofta är nära. När patienterna har behov av så kallad sällanvård kan patienterna tänka sig att få längre avstånd till hälso- och sjukvården (Hälso- och sjukvårdsbarometern, 2017).

Vad menas med att hälso- och sjukvården är effektiv och nära? I princip samtliga landsting/regioner har idag samlat sig kring det nationella konceptet om att en god vård ska vara effektiv, säker, kunskapsbaserad och ändamålsenlig samtidigt som den vårdservice som erbjuds ska vara jämlik, tillgänglig och individanpassad (SOSFS 2005:12). God-vård-konceptet omfattar således effektivitet, medan närhet inte omnämns.

137

Figur 9. Kärnvärden i en god och nära vård uttryckta av deltagare på seminarium med Emma Spak, Region Uppsala, november 2017

Samarbetet och kommunikationen mellan olika nivåer i det framtida hälso- och sjukvårdssystemet kommer dessutom att bli avgörande för hur effektiv vården kan bli, framför allt samverkan med kommunerna i länet och landsting/regioner i sjukvårdsregionen. I Region Uppsalas strategi för närvårdssamverkan med kommunerna beskrivs hur samverkansarbetet mellan Region Uppsala och kommunerna ska utformas för att skapa goda förutsättningar för invånarnas hälsa och välbefinnande (Region Uppsala, 2017). Denna gränsöverskridande vårdsamverkan handlar om att koppla ihop resurser mellan huvudmännen så att vården och omsorgen utvecklas utifrån patienternas och befolkningens behov och därmed blir effektiv och nära. Även inom sjukvårdsregionen pågår ett arbete för att utveckla och fördjupa samverkan.

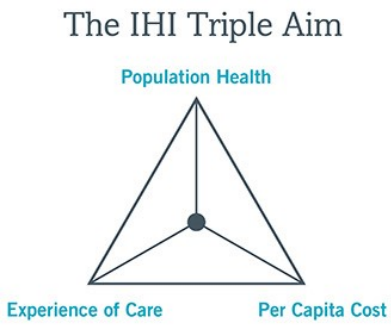
5.1 Effektiv vård

Den gängse beskrivningen av effektivitet är hur väl målen för en verksamhet uppnås i förhållande till de resurser som används (Effektiv vård, SOU 2016:2). Effektivitet sammanblandas ibland felaktigt med produktivitet, det vill säga mängden prestationer och kvaliteten i dessa i förhållande till insatta resurser. Men då glöms målet med verksamheten bort, det vill säga patientens hälsoresultat i förhållande till insatta resurser. Ibland kan en stor mängd insatser genomföras till hög kvalitet, men där hälsoresultatet kunde uppnåtts med färre och billigare insatser. Jämför exempelvis ett antal operationer med hälsofrämjande insatser som kan förhindra sjukdomsutveckling så att operationer inte behövs eller skjuts på framtiden. Utredningen betonar därför att *effektivitet* ska förstås utifrån flera perspektiv med individens och befolkningens hälsoresultat i fokus i likhet med utredningen Effektiv vård:

> Utredningens syn på effektivitet kan sammanfattas som det mesta och bästa till patienten utifrån befintliga resurser, dvs. att alla resurser inom vården ska användas på bästa sätt, både för befolkningens hälsa och för varje enskild patient. (s.72, SOU 2016:2)

I God vård understryks även behovet av en säker, kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård (SOSFS 2005:12). Det går inte att åstadkomma om all vård splittras upp och förläggs geografiskt nära patienten. En del arbetsuppgifter kräver specifik kompetens, det vill säga både kunskap och färdigheter för att kunna utföra dem på ett säkert och ändamålsenligt sätt. Läkare behöver exempelvis se tillräckligt många patienter för att bli skickliga på diagnos och behandling. Det innebär att ”sällanuppgifter” behöver koncentreras för att undvika vårdskador och komplikationer. Dock kan även viss högspecialiserad vård utföras digitalt. Dessutom behöver all professionell personal kunna föra en lärande dialog med varandra för att upprätthålla kompetens och en kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård. Det innebär att god vård är svår att uppnå med alltför små enheter och små personalgrupper.

En omställning till en effektiv och nära vård 2030 handlar således om att både öka närhet och koncentration av vård, det vill säga det behövs decentralisering och centralisering samtidigt. Internationellt används bilden av ett tredimensionellt mål (se figur 10); vården behöver sammantaget sträva mot bättre hälsa i befolkningen till lägsta möjliga kostnad där individer har gott förtroende för och goda erfarenheter av den vård som erbjuds. Det tredimensionella målet liknar utredningens tolkning av begreppet effektivitet ”*det mesta och bästa till patienten utifrån befintliga resurser*” och utmaningen omfattar att skapa balans mellan dessa tre dimensioner. Idag diskuteras även ett fjärde perspektiv till det tredimensionella, exempelvis medarbetar- eller jämlikhetsperspektiv. Institute for Healthcare Improvement (IHI) inbjuder till nytolkningar av det trefaldiga målet som passar respektive hälso- och sjukvårdssystem.



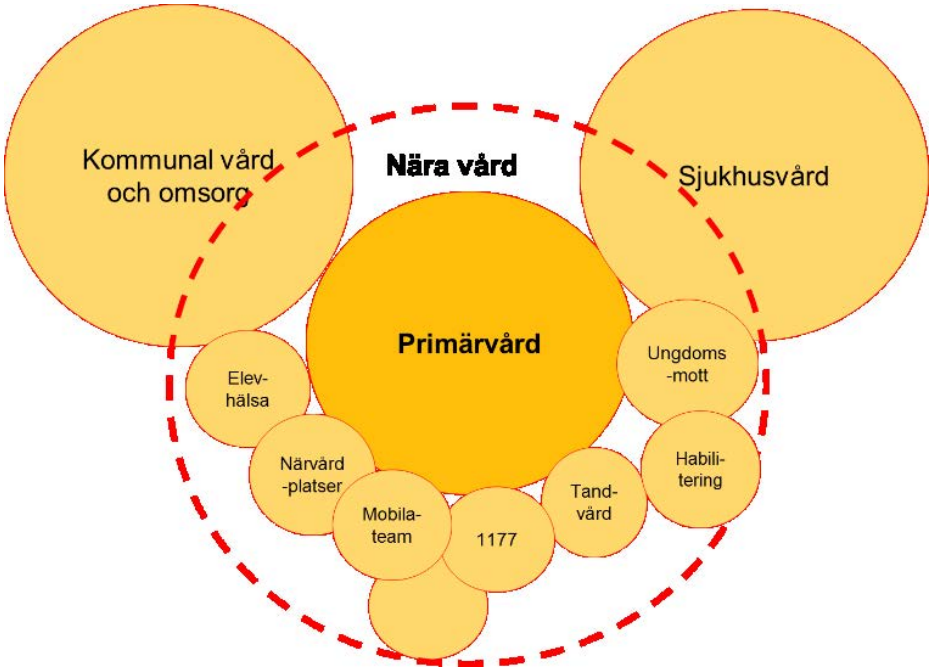
Figur 10. Ett balanserat tredimensionellt utvecklingsmåI, IHI, 2018

5.2 Nära vård

Enligt delbetänkandet God och nära vård (SOU 2017:53) kommer vården i framtiden att utgå från principen att vara nära. Nära vård innebär att vården i allt större utsträckning förflyttas från byggnaden ”sjukhuset” och ut i andra vårdformer. I den nära vården kommer därför delar av det som idag är primärvård, sjukhus och kommunal vård och omsorg att ingå. Målbilden för framtidens hälso- och sjukvård i länet ska utgå från befolkningens behov och fokusera på att uppnå en bättre och mer jämlik hälsa hos invånarna i Region Uppsala.

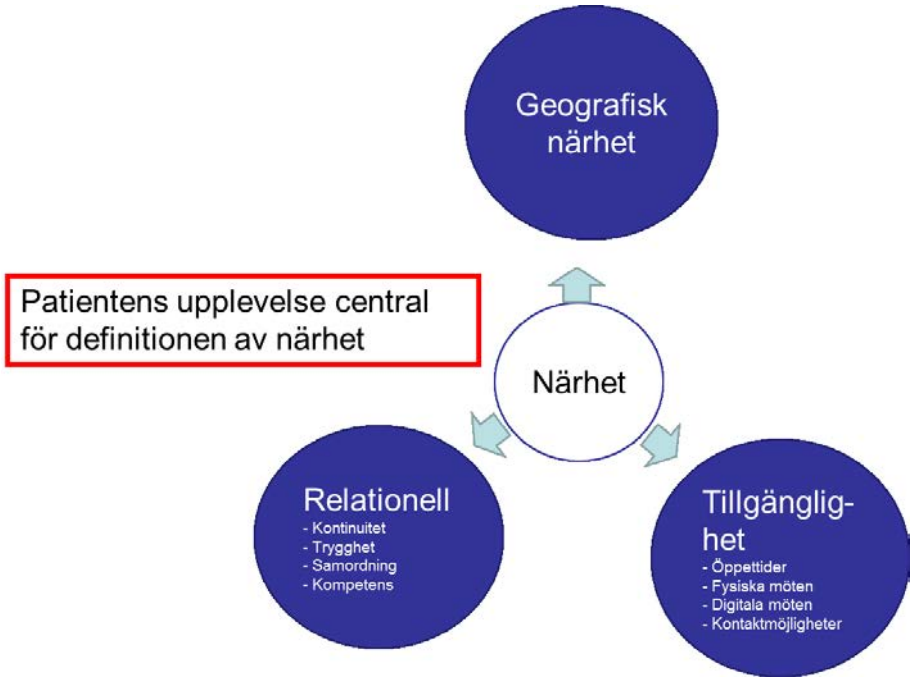
Hälso- och sjukvården ska samtidigt vara god och uppfylla kraven i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), det vill säga vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Dessutom ska hälso- och sjukvården vara effektiv, lättillgänglig, sammanhållen, personcentrerad och hälsofrämjande. Primärvården behöver ytterligare stärkas som bas och öppenvården ska vara förstahandsvalet. Tidiga vårdinsatser och förebyggande hälso- och sjukvård ska möjliggöra en omställning från sjukhusvård till

mer öppenvård. Det ”traditionella” flödet och det system som är uppbyggt idag behöver ändras och utvecklas.



Figur 11. Region Uppsalas idéskiss av begreppet nära vård modifierad utifrån bild av Emma Spak, samordnare för nära vård, SKL, september 2017

Begreppet nära eller närhet har flera dimensioner och närheten kan främst definieras av patienten. Närhet kan omfatta geografisk närhet, men även relationell och tillgänglig närhet. Den goda vården finns tillgänglig när och där patienten behöver den.



Figur 12. En användbar definition av begreppet närhet, Västra Götalandsregionen, 2017

Relationell närhet innebär att individen tillsammans med sina anhöriga får träffa samma personer i vården. Det kan vara en sköterska, fysioterapeut eller läkare som känner patienten väl, vilket skapar trygghet samtidigt som det ger bättre möjlighet att samordna vården med andra vårdgivare som också känner personen. Relationerna skapar därmed kittet i samordningen av vården. Närhet kan också omfatta att vården är tillgänglig när invånaren behöver den. För att överbrygga geografin kan närhet också betyda att via digitala medier, exempelvis i videomöten, komma nära de som omhändertar patienten. Individen kan upprätthålla kontinuerlig kontakt med de specialister som känner hen på sjukhuset, samtidigt som de som kan personens sjukdomsbild i den närmaste omgivningen kan delta, exempelvis vårdcentralens hjärtsviktssköterska eller hemtjänstpersonalen från kommunen.

Figur 13. Illustration om framtidens vård, Marek Skupinski, 2017

Bilden ovan ska visa att i framtidens vård är människorna i fokus och vården finns där patienten och invånaren behöver den. Relationen mellan människorna och vården är tillitsfull och bygger på ömsesidigt förtroende. Den är tillgänglig och nära och samtidigt av hög kvalitet. Vården fungerar som ett högkvalitativt nätverk, som är ihopkopplat och anpassar sig efter behov.

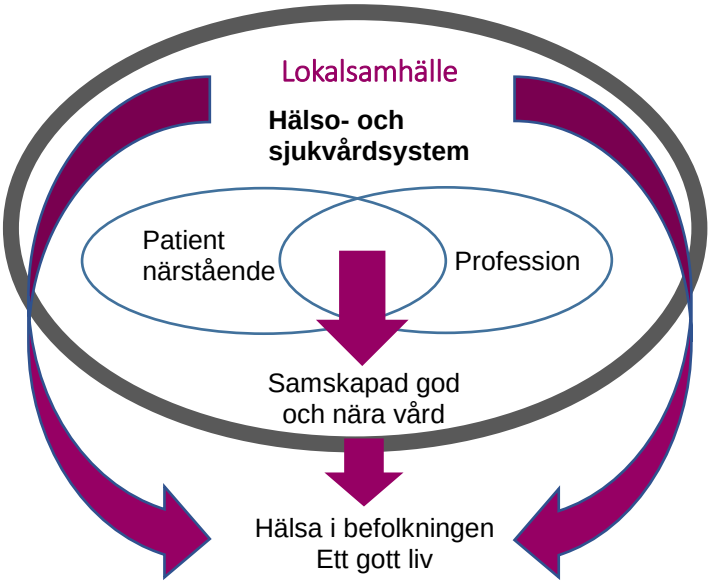
Den målbild som tagits fram har främst fokuserat på de områden där svensk hälso- och sjukvård behöver förbättras och där Sverige presterar sämre än andra länder, exempelvis inom områden som tillgänglighet och personcentrering. Dessutom utgår målbilden från att den ska finnas nära utifrån patientens perspektiv. Om samtliga dessa kärnvärden och grundprinciper kan bli utgångspunkten i den framtida hälso- och sjukvården skapas trygghet, tillit och förtroende hos invånarna.

”Primärvården är mitt självklara förstaval och finns nära mig för att stödja, bibehålla och förbättra min hälsa” (Fiktivt patientcitat från målbild primärvård)

”Visst har vi fortfarande flera huvudmän och olika typer av utförare, men jag tror knappt att patienten märker eller ens tänker på det.” (Fiktivt vårdpersonalcitat från målbild primärvård)

5.3 Samskapad vård

Det går att lägga till ytterligare en dimension till närhet och det är patientens delaktighet i utformningen av vården. Sedan 1990-talet har en rörelse vuxit fram i termer av *patientengagemang*, *patientcentrerad vård*, *personcentrerad vård*, *patient- och brukarmedverkan*, *delat beslutsfattande* samt *erfarenhetsbaserad design* av vården. Det som förenar de olika inriktningarna är insikten och respekten för individens preferenser av vårdens utformning. 2018 års kunskapsläge samlar dessa idéer om involvering i talet om en *samskapad vård* med erkännandet att vårdens möten består av ett gemensamt beslutsfattande av två experter. Den ena experten är patienten som har en unik erfarenhet av att leva med en sjukdom/skada och den andra experten är en professionell person som kan diagnos och behandling. Patientens erfarenhet kan dock tas tillvara på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet och i samhället som helhet.



Figur 14. Bearbetad modell av co-production, Batalden, Batalden & Margolis, et al., 2015

I den samskapade vården ses patienten och anhöriga/närstående som jämlika partners i vården. Det behöver genomsyra vårdens direkta utformning, när vården utvecklas och när den leds och styrs. Att arbeta samskapande innebär exempelvis att vårdteamet arbetar i partnerskap med patienterna och, så långt det är möjligt, deras anhöriga. Anhöriga är patientens nätverk eller de relationer patienten väljer och som är viktiga för patientens dagliga liv. Den samskapande vården hjälper människor att identifiera förmågor, utveckla kunskap, kompetens och det självförtroende som behövs för att kunna fatta välgrundade beslut om sin egen hälsa och vård. Denna vård är sammanhållen och utgår ifrån varje persons egna resurser, förmågor, vilja och behov. Samskapande vård tar också hänsyn till anhörigas resurser, förmågor, vilja och behov för att skapa bästa möjliga förutsättningar för patienten i samråd med anhöriga. Patienter och deras anhöriga som är medskapare i sin egen vård har bättre förutsättningar för bästa möjliga behandlingsutfall och livskvalitet.

”Nu vågar vi involvera både patienter och anhöriga i vården. Det var enklare när vi styrde efter våra mallar och scheman, men det här är roligare och det funkar bättre.”
(Fiktivt vårdpersonalcitat från målbild primärvård)

5.4 Hälsofrämjande och förebyggande insatser

Historiskt betonades hälsouppdraget mycket starkt för att på senare tid övergå till att mer fokusera på uppdraget att producera vård. Ett provinsialläkar- eller distriktsläkaruppdrag innefattade ett ansvar för hälsan inom ett geografiskt definierat område, i vårdsammanhang ofta kallat upptagningsområde. I och med valfrihet och vårdval har de geografiska gränserna blivit suddigare, speciellt i tätort med många aktörer på en begränsad yta.

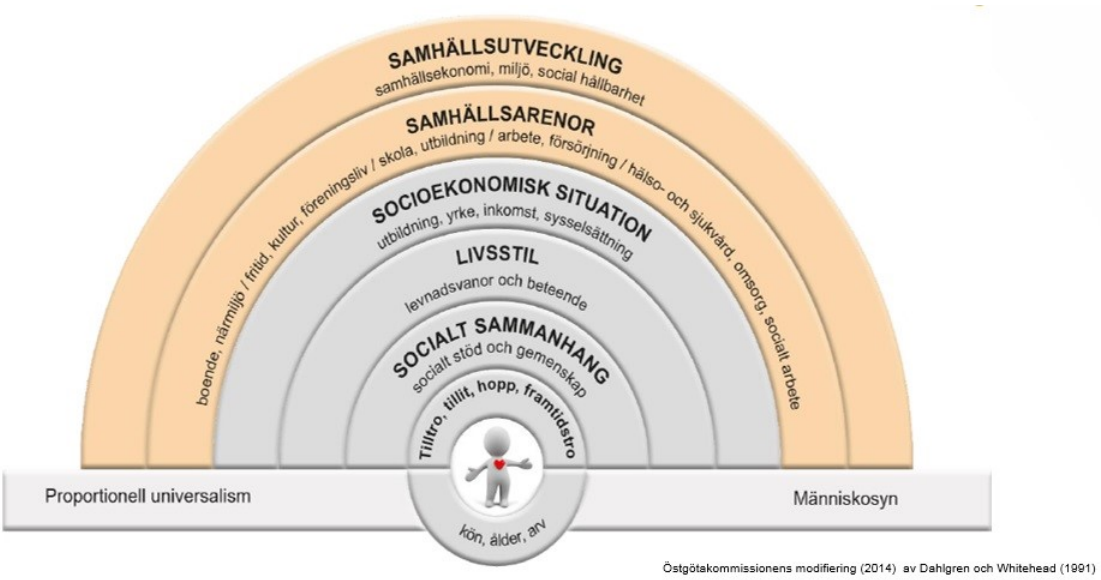
Traditionellt sett är hälso-och sjukvården reaktiv, det vill säga den reagerar på problem och åtgärdar dessa. Internationellt sett är svensk hälso- och sjukvård framgångsrik att åtgärda sjukdom. Resultaten för exempelvis hjärtinfarkt och flertalet cancersjukdomar är mycket goda. Det reaktiva arbetssättet fungerar således utmärkt för många sjukdomar. Det sekundärpreventiva arbetet har stärkts och fungerar bra vid många sjukdomar, till exempel efter inträffad hjärtinfarkt. För vissa patienter, speciellt patienter med stora behov och många sjukdomar, så kallat multisjuka, fungerar dagens reaktiva arbetssätt betydligt sämre. För dessa patienter behövs ett mer proaktivt arbetssätt.

Arbetet med att skapa hälsa innebär således inte enbart om att diagnostisera och behandla sjukdom, utan att ur ett individperspektiv bedriva ett primär- och sekundärpreventivt arbete. Det primärpreventiva arbetet behöver förstärkas. Den nära vården är den självklara arenan för merparten av det primärpreventiva arbetet. En konsekvens av detta är att hälsouppdraget bör markeras tydligare i primärvårdsuppdraget, i första hand ett hälsouppdrag för de individer som vårdpersonalen möter i sitt arbete. Förenklat innebär det för primärvården ett hälsoansvar för listade individer. I samma anda bör den holistiska synen på uppdraget betonas tydligare än idag.

”Tandvården har gått från att laga till att förebygga – hur gör vården denna omsvängning?” (Röst från nämnden för kunskapsstyrning)

Det är viktigt att ta hänsyn till att hälsa och levnadsvanor påverkas av individers olika resurser och livsvillkor. Hälso- och sjukvården anses svara för cirka 25 procent av hälsans bestämningsfaktorer, det vill säga de faktorer som påverkar hälsotillståndet i befolkningen indirekt eller direkt (se figur 15). Väsentliga bestämningsfaktorer för hälsan är utbildningsnivå, arbete och inkomst, utöver livsstilsfaktorer som kost och motion. När det gäller levnadsvanor står dessa för en femtedel av den samlade sjukdomsbördan. Rekommendationer utifrån de nationella riktlinjerna omfattar åtgärder för att stödja personer att förändra tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor samt otillräcklig fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2017).

I Uppsala län tillfrågas 18 procent om någon levnadsvana vid besök på vårdcentral. Samtliga patienter över 13 år tillfrågas dessutom om tobaks- och kostvanor i samband med tandvårdsbesök. Enligt hälso- och sjukvårdsbarometern uppger 85 procent av invånarna i länet att de är positiva till att diskutera levnadsvanor med hälso- och sjukvårdspersonal (Hälso- och sjukvårdsbarometern, 2017).



Figur 15. Hälsans bestämningsfaktorer, ur Hälso- och sjukvårdens roll för en jämlik hälsa, Kommissionen för jämlik hälsa, 2017

Eftersom flertalet bestämningsfaktorer främst kan påverkas från andra samhällsarenor skapas hälsa genom samverkan med ett flertal samhällsaktörer, till exempel skola, näringsliv, Försäkringskassa och Arbetsförmedling. Ett aktivt hälsoarbete kräver god kännedom om invånarna och de speciella förutsättningar som gäller inom ett begränsat geografiskt område. Det är därför viktigt att aktörerna som ska arbeta hälsofrämjande och förebyggande är verksamma i lokalsamhället. Ett aktivt förebyggande arbete kräver också tillgång till hälsodata nedbrutet på lokal nivå för att bättre kunna bedöma vilka åtgärder som krävs.

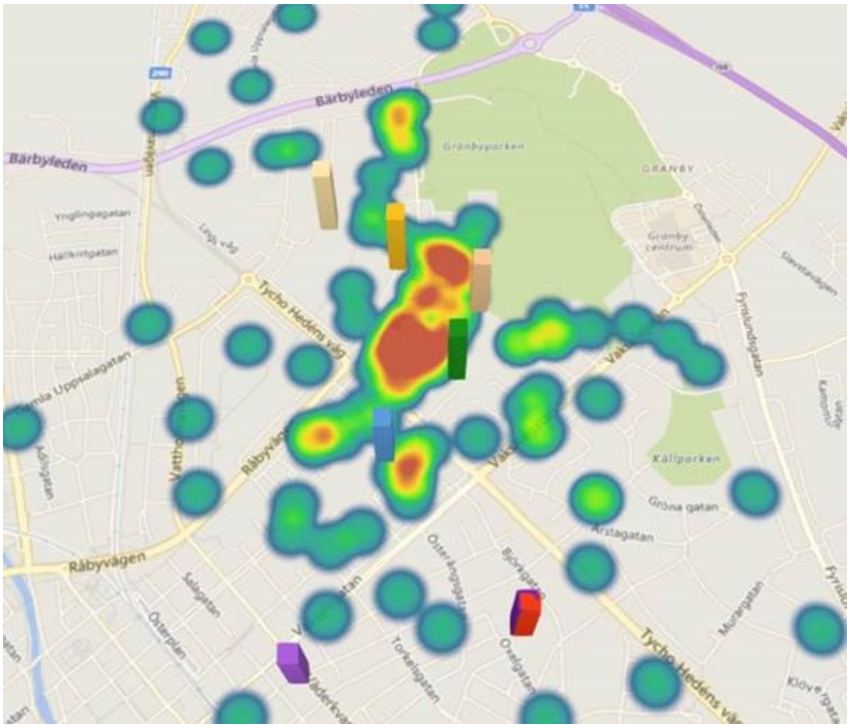
> *”Vi behöver bli ännu bättre på att rikta vårt preventiva arbete för dem som behöver det bäst, till exempel nyanlända, människor med lägre socioekonomi. Vi ska inte lägga kraft på dem som fixar sin munhälsa själva”* (Röst från Folktandvården)

Personer med medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar kommer under hela sin livstid behöva hälso- och sjukvårdsinsatser, i många fall av samtliga vårdnivåer. Den specialiserade habiliteringen har särskild kompetens om funktionsnedsättningar och utgör ett komplement till den hälso- och sjukvård som alla har rätt till. Tillgången till denna förutsätts av att vården organiseras och planeras på ett sätt som möter dessa gruppers behov. Den specialiserade habiliteringen arbetar hälsofrämjande och har ett särskilt ansvar för att samverka och samarbeta med övrig hälso- och sjukvård utifrån den enskildes behov.

På individnivå gör tandvården riskbedömningar på samtliga patienter genom att i dialog med patienten kartlägga levnadsvanor av betydelse för munhälsan och därefter anpassa insatserna efter patientens behov. Tandvårdens verksamheter behöver dock integreras på ett bättre sätt i det framtida hälso- och sjukvårdssystemet, inte minst för att stödja och visa på goda exempel på hur resterande delen av hälso- och sjukvården kan arbeta förebyggande och hälsofrämjande. Viktigt att framhålla är att Folktandvårdens områdesansvar är en absolut förutsättning för att kunna arbeta med förebyggande insatser.

På befolkningsnivå kan tandvårdens sätt att följa kariesutvecklingen kopplat till ett områdesansvar vara vägledande i folkhälsoarbetet (se figur 16). Kariesutvecklingen och kopplingen till socioekonomiska faktorer är stark, vilket gör att Folktandvårdens möjligheter till statistikuttag och långtidsuppföljningar även skulle kunna utnyttjas av den övriga vården.

Organiseringen av det framtida hälsoarbetet skulle kunna ske utifrån samma modell som inom Folktandvården, det vill säga det strategiska planerings- och utvecklingsarbetet kan ligga centralt, men de kollektiva insatserna sköts av personalen i de lokala verksamheterna i mötet med patienterna. Inom Folktandvården finansieras insatserna av gemensamma medel för folkhälsoarbete.



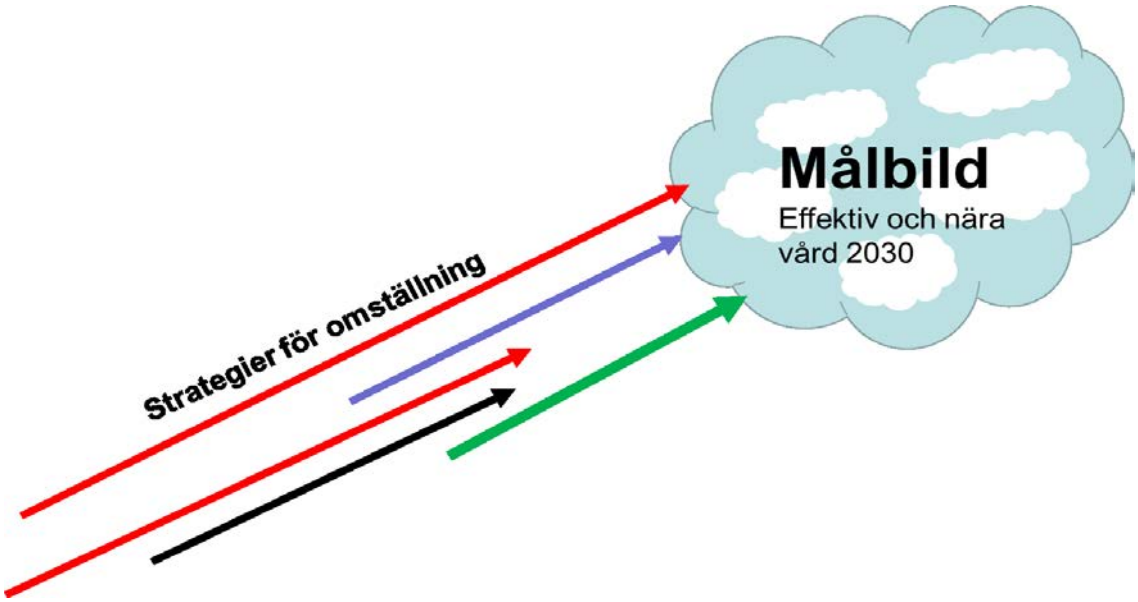
Figur 16. Kariesutvecklingen i Uppsala, Folktandvården 2018
Kommentar: Ju rödare färg desto större förekomst av karies

När det gäller organiseringen av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet på övergripande nivå framgick i en workshop som hölls i januari 2018 med ett flertal aktörer inom Region Uppsala och som arbetar med hälsofrämjande att det behövs tydliga uppdrag och roller i systemet och en samsyn kring uppdragen på de olika nivåerna. För att nå målbilden till 2030 kommer det att krävas att beslutsfattare på samtliga nivåer ser det hälsofrämjande arbetet som viktigt och har samsyn i frågorna. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet behöver ske i nära samverkan med andra aktörer, framför allt kommunerna. Ett exempel på samarbete med kommunen är ett pilotarbete som pågår mellan regionkontoret och Älvkarleby kommun för att ta fram ett analysverktyg för god och jämlik hälsa. Målet är att analysverktyget ska utvecklas för samtliga kommuner i länet.

6 Strategier och förslag

För att kunna uppnå målbilden för framtidens hälso- och sjukvård behövs ett antal strategier som talar om hur vägen bör se ut för att kunna utveckla hälso- och sjukvårdssystemet i Region Uppsala. Utifrån ett nuläge och bakåtblick kan lärdomar dras som gör att det lättare går att nå målbilden om en effektiv och nära vård.

I det övergripande arbetet ingår att utveckla en hälso- och sjukvårdsstruktur som stämmer överens med befolkningens framtida behov och som ger förutsättningar för patientens samskapande med vården. Dessutom leder de olika delarna i strategin till ett antal förslag som behöver genomföras i olika etapper fram till och med 2030.



Figur 17. Strategi och målbild för en effektiv och nära vård 2030

6.1 Förnyad vårdstruktur

För att uppnå målen för framtidens effektiva och nära vård krävs förändringar och förnyelse i dagens vårdstruktur för att kunna möta framtida befolkningsbehov. Viss vård behöver koncentreras och viss vård behöver finnas nära. Samtidigt som en ny struktur byggs upp behöver delar i dagens hälso- och sjukvårdssystem avvecklas eller anpassas. I samband med detta behöver lokal- och fastighetsförsörjningsplanerna för länets hälso- och sjukvårdsverksamheter ses över och uppdateras utifrån den nya strukturen.

Förslag

- Ett arbete behöver inledas under hösten 2018 för att påbörja utvecklingen mot en ny struktur för hälso- och sjukvården i Region Uppsala enligt följande nivåindelning, som inte är detsamma som organisatoriska nivåer:

  - Egenvård
  - Vård i hemmet och mobila team
  - Närmottagningar
  - Hälsocentraler
  - Hälsocentraler med särskilda uppdrag
  - Vårdcentrum med närvårdsplatser
  - Specialiserad vård utanför sjukhus
  - Länssjukhus
  - Riks- och regionsjukhus

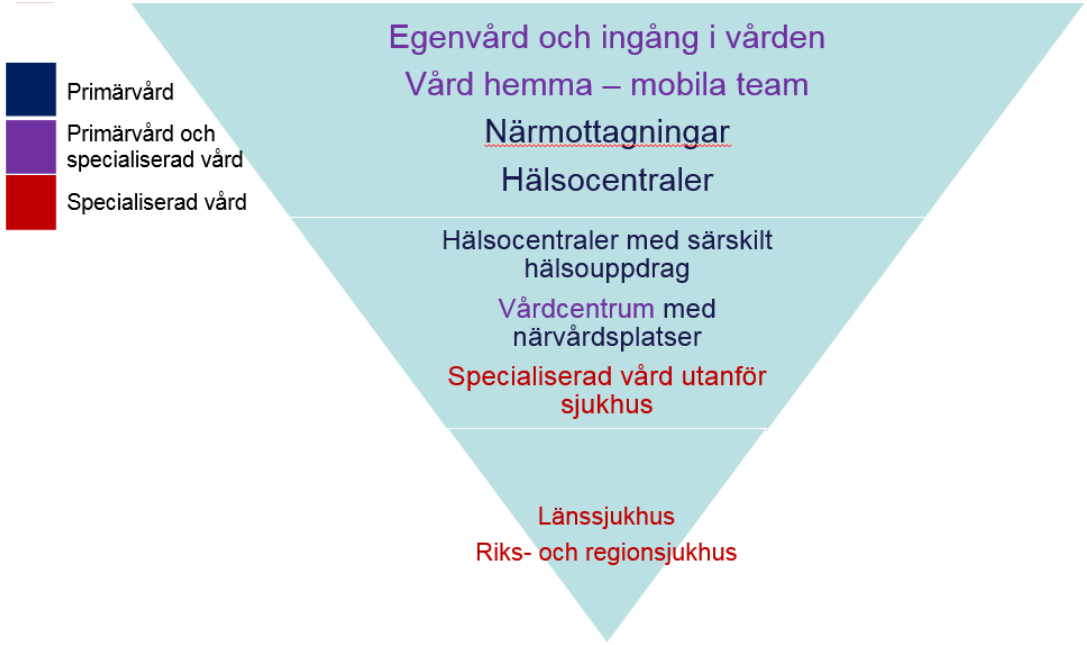
- Region Uppsala behöver omgående tillsätta en särskild utredning avseende den framtida lokal- och fastighetsstrukturen för den framtida nära vården i länet.
- Det finns verksamheter som inte analyserats tillräckligt i samband med denna utredning, exempelvis akutsjukvårdens flöden inklusive den prehospitala vården. Dessa delar bör uppmärksammas i det fortsatta arbetet.

För att uppnå målen för framtidens nära vård krävs förändringar av dagens vårdstruktur. Dagens system kommer inte att klara av att möta framtida vårdbehov utifrån tillgängliga resurser. De närmaste åren kommer att innebära ekonomiska utmaningar och samtidigt behöver ett långsiktigt utvecklings- och omställningsarbete initieras nu för att klara utmaningarna på sikt. Nivåstrukturering är ett välkänt begrepp när det gäller förändringsarbete inom hälso- och sjukvården. Oftast förknippas begreppet med koncentration av specialiserad eller högspecialiserad vård. Nivåstrukturering i sin helhet är dock ett vidare begrepp som omfattar allt från egenvård till rikssjukvård. En ledstjärna i nivåstrukturering bör vara bästa effektiva omhändertagandenivå (BEON). Bästa nivå är den nivå där kostnaderna är lägst och kvaliteten högst under förutsättning att triageringen i systemet fungerar väl.

Projektet Effektiv och nära vård 2030 kan i stora delar betraktas som ett nivåstruktureringsprojekt. Även om detta projekt primärt handlar om den nära vården och bland annat har stort fokus på primärvård och kommunal hälso- och sjukvård, kommer föreslagna förändringar att få följdverkningar för hela hälso- och sjukvårdssystemet. Ändras en pusselbit i ett sammanhållet system påverkas hela systemet. Utifrån ett kvalitetsperspektiv behöver dessutom en viss koncentration komma till stånd av vård som enbart ska bedrivas vid Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping. Den nationella och sjukvårdsregionala nivåstruktureringen kommer också ha betydelse för hela hälso- och sjukvårdssystemet såväl inom Region Uppsala som för övriga landsting och regioner.

Nivåstruktureringen ska utgå från individens behov av vård. Vid behov som uppstår ofta finns vanligtvis behov av att vård finns nära invånarna. Om det är behov som uppstår mer sällan kommer patienterna att få transportera sig längre för att få sina behov tillgodosedda. Ett ofta förbisett mål är att minska behovet av traditionell vård via ett aktivt folkhälsoarbete, som kräver samverkan mellan ett stort antal samhällsaktörer på lokal nivå.

Struktureringen av framtidens vård kan beskrivas på olika sätt. I figur 18 illustreras olika nivåer i systemet utifrån det mest basala, egenvården, till insatser som kräver personella insatser från vården.



Figur 18. Nivåstrukturering 2030, Region Uppsala, 2018

6.1.1 Egenvård

Att utveckla möjligheterna till egenvård utgör en stor effektiviseringspotential. Region Uppsala har stora möjligheter att vidareutveckla e-tjänster så att egenvård kan bli den första ingången i framtidens hälso- och sjukvårdsstruktur. 1177 och annan rådgivning samt ambulansdirigeringen är viktiga ingångar i vården. Dessa ingångar är synnerligen viktiga verktyg för det samlade vårdsystemets effektivitet.

Förslag

- Region Uppsala bör även fortsättningsvis driva ett aktivt genomförande av e-tjänster
- Utveckla de digitala kontaktvägarna integrerat i ett kontinuitetsbaserat hälso- och sjukvårdssystem.
- Även fortsättningsvis driva 1177 Vårdguiden på telefon och ambulansdirigering i egen regi för att säkerställa kontinuiteten i dessa viktiga ingångar till vården.

Att utveckla möjligheterna till egenvård utgör en stor effektiviseringspotential. Enligt Socialstyrelsens definition är det egenvård när någon inom hälso- och sjukvården har bedömt att en person själv eller med hjälp av någon annan kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd. I dagligt tal kan begreppet egenvård handla om de åtgärder som den enskilde själv kan vidta vid enkla och vanliga sjukdomar och skador utan beslut av legitimerad personal. Det kan också handla om att förebygga ohälsa eller skador.

Region Uppsala har en stor uppgift i att tillhandahålla informationsmaterial som förebygger sjukdom och som ger råd när sjukdom väl inträffat. 1177 är en viktig kanal för att förmedla information till invånarna om exempelvis olika sjukdomstillstånd och därmed öka invånarnas möjligheter att klara vården på egen hand. Nationellt samarbete inom ramen för 1177 sker redan idag. Med sin tillgång till universitetssjukvård bör siktet vara högt inställt för Region Uppsala – inom ramen för det nationella samarbetet kan Region Uppsala inta en ledande ställning i den framtida utvecklingen av stöd till invånarna för utvecklingen av egenvården.

> *”Vi har haft svårt att triagera patienterna. Det blev mycket vård som skulle ha varit egenvård”* (Röst från primärvården)

Även ambulansdirigeringen kan till viss del ses som en form av patientrådgivning. Liksom 1177 Vårdguiden på telefon och annan rådgivning är det en ingång i vården och som sådan mycket betydelsefull för effektiviteten i det samlade systemet. Ingångarna är ett synnerligen viktigt verktyg för det samlade vårdsystemets effektivitet. Utredningen anser att Region Uppsala bör driva dessa ingångar i egen regi. Det kan ibland behöva göras snabba förändringar i exempelvis rutiner och är Region Uppsala då bunden av avtal riskerar förändringar bli både krångliga och kostsamma. Eftersom 1177 Vårdguiden på telefon nyligen återgått i Region Uppsalas ägo är man ägare av de två ingångarna – 1177 och ambulansdirigeringen. Även den prehospitala vården som helhet bör finnas med framöver så att den kan anpassas till den nya vårdstrukturen.

Vad gäller kroniska sjukdomar finns mycket stora effektiviseringsmöjligheter via en utvecklad egenvård. Effektiviseringspotentialen är stor, inte minst med tanke på att cirka 80 procent av vårdens resurser i framtiden beräknas åtgå till kroniska sjukdomar. Med ökande utbildningsnivå och medicintekniska landvinningar finns oanade möjligheter att göra patienten till expert på sin egen sjukdom. Vårdpersonalens roll kommer därmed att förändras från en mer styrande till en mer stödjande/rådgivande roll. En kulturell omställning som inte är helt enkel.

Den digitala utvecklingen har redan medfört nya verktyg till patientens hjälp. Journal via nätet där Region Uppsala intagit en ledande roll är ett exempel på ett verktyg som patienten i ökande utsträckning kan nyttja för egenvård. Appar som håller ordning på mätvärden finns redan. I ökande utsträckning och med användning av AI (artificiell intelligens) kommer verktygen även bland annat kunna dosera läkemedel. Precis som bilen numera själv indikerar servicebehov kommer appen att säga till när det är dags för besök i vården och förmodligen även hjälpa till med tidsbokning. En välskött diabetes kommer på detta sätt inte kräva speciellt många fysiska besök i vården.

Genom utveckling av digitala hjälpmedel kan vården effektiviseras avsevärt genom att minska antalet fysiska besök och ersätta dessa med olika former av digital kontakt. Digitala kontaktvägar har absolut störst effektiviseringspotential i ett kontinuitetsbaserat system. Ett mål i sig är att dessa kontakter, inklusive dagens telefonsamtal till 1177, i större utsträckning än idag sker via den nära vården. Det skänker patienten trygghet, ökar kvaliteten och därmed effektiviteten.

Ett principiellt ställningstagande är att e-hälsotjänsterna utvecklas integrerat i den ordinarie vården och inte byggs som separata spår. Detta för att kontinuiteten i vårdkontakterna och patientsäkerheten ska stärkas.

Det bör påpekas att den skisserade utvecklingen ska ses över en längre period. Kroniska sjukdomar ökar med stigande ålder. Alla behärskar inte IT, även om redan idag den äldre generationens förmåga att hantera digitala hjälpmedel inte ska underskattas. Det kommer alltid finnas patienter med nedsatt kognitiv förmåga som kräver mer konventionellt omhändertagande, även om AI även hos dessa grupper ska ses som en möjlighet till kvalitetshöjning och som ett stöd inte bara till patienten, utan även till personalen.

6.1.2 Vård i hemmet och mobila team

I takt med tillkomsten av alltmer avancerade lösningar som möjliggör vård av allt sjukare patienter utanför dagens sjukhus kommer hemmet bli en viktig plats för framtida hälso- och sjukvård. Det gäller såväl vård i hemmet för lättare sjukdomar som för patienter med stora och komplexa behov. För dessa grupper krävs att ett förstärkt samarbete utvecklas över huvudmannaskapsgränserna. Vården i hemmet behöver bli en integrerad del av andra former av nära vård och omsorg.

Idag finns ett flertal olika mobila team inom Region Uppsala. Utredningen föreslår en reduktion till tre typer av team:

1. Hembesök inom ramen för primärvårdsuppdraget
2. Team med inriktning specialiserad somatik och psykiatri (exempelvis inom barnsjukvård, avancerad palliativ vård och habilitering)
3. Mobila närvårdsteam som utformas i samarbete med kommunerna och som knyts till respektive vårdcentrum. Teamen behöver utveckla ett proaktivt arbetssätt. Antalet bör vara 4-5 för att täcka regionens samlade behov

Gränsen mellan egenvård och vård i hemmet är flytande. Egenvård är givetvis en form av vård i hemmet och insatser från vårdpersonal i patientens hem utgör i delar ett stöd för egenvård.

Det finns en bred samsyn, vilja och engagemang inom dagens hälso- och sjukvårdssystem att på ett mer effektivt sätt arbeta för att förbättra hälsan och livskvaliteten för målgrupper med särskilda behov och samsjuklighet. Avgörande är dock att morgondagens vård- och omsorgssystem samverkar och att det ges tillräckligt goda förutsättningar för berörda aktörer att utveckla arbetssätt och samverkansformerna för att en förändring ska kunna ske. Samspel mellan primärvård och sjukhus, såväl som kommuner, är helt avgörande för att uppnå förbättrade resultat för samtliga målgrupper.

”Vi behöver tänka som i en stafett – behöver hålla pinnen tills vi är säkra på att nästa uppfattar att den förts över”. (En röst från dialogarbetet om samarbetet mellan regionen och kommunerna)

En av utvecklingslinjerna är ett samordnat vårdprocessarbete som startats upp under projekttiden och som kopplas till arbetet för en utvecklad kunskapsstyrning. En annan utvecklingslinje är ökad koordinering och samordning av vårdens insatser över såväl förvaltningsgränser som huvudmannagränser där ett exempel är samarbetet i länet rörande barn med behov av egenvård som hamnat mellan stolarna med anledning av ändrad praxis rörande personlig assistans. En tredje utvecklingslinje är att se över vårdstrukturerna inom primärvården och det som kallas för riktad primärvård.

Grunden för insatser i patientens hem är det traditionella hembesöket, som även fortsättningsvis är ett viktigt ansvar i primärvårdsuppdraget. Hembesök av distriktssköterska, distriktsläkare eller fysioterapeut till patienter som har svårt att förflytta sig är viktiga inslag i den nära vården och bör sannolikt ske i större utsträckning än idag.

Mobila team har stor betydelse för en riktad vård gentemot vårdens storkonsumenter. När det samlade vård- och omsorgsbehovet blivit mycket stort kan mobila team möjliggöra för dessa patienter att vårdas hemma. Mobila teamen bör definieras som en ny vårdnivå. När insatser från mobila team regelmässigt krävs tar dessa över ansvaret från den ordinarie primärvården.

Patienter med stora behov kräver insatser från såväl Region Uppsala som hemortskommunen. En avgörande framgångsfaktor blir parternas förmåga att samverka på ett effektivt sätt. Dagens samverkan bygger ofta på avtal som försöker definiera ansvar och gränserna för respektive parts insatser. Att på övergripande nivå definiera ansvar är möjligt, men att i detalj definiera ansvar och gränsdragning är i princip omöjligt. Goda exempel i landet har visat att framgångsrik samverkan bygger på ömsesidig tillit och att ersätta detaljstyrningen med en övertygelse om att aktörerna har ett gemensamt uppdrag där den absoluta gränsdragningen är omöjlig och inte ens önskvärd. Region Uppsala har under 2017 tillsammans med länets kommuner utvecklat och fördjupat samverkan och har tagit fram en gemensam närvårdsstrategi. En stödjande infrastruktur för god samverkan är ett användarvänligt och sammankopplat journalsystem. Det behöver vara lätt att komma åt information om patienten i den sammanhållna vården.

Att arbeta i mobila team handlar till stor del om ett annat arbetssätt. I stället för det traditionellt reaktiva arbetssättet bedrivs arbetet proaktivt. Vårdpersonal identifierar risker, ger vid behov ordinationer och inte minst efter samråd med patient och anhöriga tar ställning till aktivitetsnivå vid akuta försämringar. Verksamhet inom mobila team behöver inte planeras utifrån stort behov av akuta insatser. Med ett proaktivt arbetssätt kan behovet av akuta insatser minimeras. Det övergripande målet är att rejält minska behovet av sluten sjukhusvård för patienter med stora och komplexa behov.

Inom Region Uppsala finns ett flertal typer av team. Genomgående har utredningen uppfattat att det finns för många typer av team och att de olika teamens uppdrag är oklara. ”Städa upp bland teamen” har varit ett råd. Ett gott exempel är dock de nuvarande mobila närvårdsteamen, som är under uppbyggnad.

De mobila närvårdsteamen kan förslagsvis innehålla läkare, gärna med geriatrisk kompetens, distriktsköterska anställd av Region Uppsala samt omvårdnadspersonal från kommunen. Viktigt att de senare har möjlighet att mer eller mindre akut ta biståndsbeslut om till exempel förstärkta omvårdnadsinsatser. Observera att sammansättningen vid varje enskild insats i hemmet kan variera. Läkare torde till exempel inte alltid behöva medfölja.

Beräkningar från fungerande verksamheter i landet pekar mot att cirka 0,2-0,3 procent av befolkningen är aktuella för insatser från mobila närsjukvårdsteam. Detta kräver ett underlag på cirka 50 000-100 000 invånare för att uppnå effektivitet. Dessa siffror behöver balanseras mot de geografiska avstånden och organisationen av övrig nära vård. Utredningen föreslår därför totalt 4-5 mobila närvårdsteam för hela länet. Efter diskussion med berörda kommuner 1-2 team i norduppland omfattande Tierps, Östhammars och Älvkarleby kommuner med basen i första hand Tierp, eventuellt också i Östhammar.

Vidare föreslås ett team i sydväst omfattande Enköpings och Håbo kommuner. Slutligen föreslås två team omfattande Uppsala, Knivsta och Heby med närmare geografisk indelning efter diskussion med involverade kommuner. Mot planeringsperiodens slut bör, om de mest expansiva befolkningsprognoserna står sig, Knivstaområdet kunna bära ett eget team.

Utöver de mobila närvårdsteamen kommer det även fortsättningsvis behövas specialiserade team inom vissa områden. Exempel på detta är team inom psykiatrin och barnsjukvården. Palliativ vård kommer säkerligen till viss del att bedrivas inom de mobila närvårdsteamen, men därutöver krävs även för en del patienter mer avancerade insatser som kan tillgodoses via specialiserad vård i hemmet (ASH). Den palliativa vården kan kräva en särskild struktur dom förutom avancerade specialistinsatser även innefattar samverkan och konsultinsatser till övriga former av mobila insatser inom såväl kommunens som regionens ansvarsområden.

6.1.3 Närmottagningar

Inom Region Uppsala finns det på ett antal orter små distriktssjuksköterske-mottagningar och vårdcentralfilialer, vilka drivits som filialer till vårdcentraler i närheten. Dessa har haft varierande öppettider och bemanning. Dock bör en annan form av nära vård inrättas, som ger förutsättningar för en jämlik och effektiv vård även på landsbygden. Vård kan då ske vid mer tillfälliga och flexibla mottagningar med distriktssjuksköterskor eller vård via mobila team.

Förslag

- Inrätta tillfälliga och flexibla mottagningar på utvalda mindre tätorter i länet, alternativt mobila enheter som besöker mindre orter.
- Mottagningarna föreslås benämnas närmottagningar som knyts till en hälsocentral.
- Mottagningarna innebär inte en utökning av hälsocentralens uppdrag. De ska i stället ses som en möjlighet till effektivisering genom ökad närhet, som bland annat innebär mindre förflyttning för patienterna.
- Formen, styrningen och möjliga samverkansmöjligheter behöver konkretiseras i dialog med bland annat primärvården, kommunerna och patient- och brukarföreträdare.
- Region Uppsala behöver utarbeta ett uppdrag för närmottagningar samt se över behov av lokalisering för närmottagningar samt mobila mottagningar. De ska ersätta de mottagningar som idag drivs i form av filialer till vissa vårdcentraler.

Eftersom små mottagningar med begränsade möjligheter till teamarbete inte är tillräckligt effektiva och de geografiska avstånden mellan tillgängliga vårdcentraler inom Uppsala län inte heller är stora bör nuvarande filialer till vårdcentralerna ersättas av vård vid mindre mottagningar vid utvalda orter på landsbygden. Dessa mottagningar bör kallas närmottagningar och bör även fortsättningsvis knytas till en hälsocentral. En närmottagning utgör en möjlighet för vårdpersonalen att på ett effektivt sätt komma närmare patienterna och förlägga delar av sin verksamhet till mottagningen.

I första hand bör insatser från annan vårdpersonal än läkare vara aktuellt, till exempel distriktssköterska, diabetessköterska, KOL-sköterska, fysioterapeut eller dietist som har mottagning några timmar i veckan. Verksamheten skulle också kunna vara i mobil form.

Det är viktigt att betona att närmottagning inte innebär en utökning av primärvårdsuppdraget. Istället kan denna typ av verksamhet ses som en möjlighet till effektivisering genom ökad närhet, som bland annat innebär mindre förflyttning för patienterna.

Med fördel kan närmottagningen kombineras med inrättande av så kallade hälsorum där det kan förmedlas allmän och lokalt utformad hälsoinformation fysiskt eller digitalt. En stor fördel vore om kommunala tjänster erbjöds i anslutning till mottagningen. Exempelvis skulle hemtjänsten kunna nyttja lokalerna för viss verksamhet. Gemensamma arenor underlättar samarbete. Utredningen har valt att inte föreslå vilka tätorter där det bör finnas en närmottagning. Förslaget är att Region Uppsala arbetar vidare med frågan i dialog med primärvården, länets kommuner och patient- och brukarföreträdare.

6.1.4 Hälsocentraler

Vårdcentralen är kärnan i uppbyggnaden av den nära vården. En stor utmaning är att erbjuda invånarna en jämlik vård. Oberoende av bostadsort ska invånarna erbjudas en lättillgänglig primärvård som erbjuder kontinuitet. Det är därför viktigt att den framtida effektiva och nära vården består av nuvarande vårdcentraler med ett brett och utvecklat hälsouppdrag som huvudsakligen utgår ifrån lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

Förslag

- Dagens vårdcentraler ska även framöver vara basen i den nära vården och verka inom de ramar och krav som ställs i lagen (2008:962) om valfrihetssystem
- I fortsättningen föreslås dessa vårdcentraler benämnas hälsocentraler
- Region Uppsala bör bli mer aktiv i sin styrning av etableringar och utforma ersättningsystemet på ett sådant sätt att det blir förmånligt att etablera sig i mindre attraktiva områden. Det kan också ske exempelvis genom att mer aktivt än idag styra via infrastrukturen, det vill säga huvudmannen tillhandahåller ändamålsenliga lokaler utifrån en önskvärd etableringsstruktur. Utförare i dessa lokaler kan vara såväl privata som egenregiaktörer
- Ansvar för barn och unga med lätt till medelsvår psykisk ohälsa bör ingå i grunduppdraget.
- Barnavårdscentralernas (BVC) och barnmorskemottagningarnas (BMM) uppdrag bör integreras i hälsocentralernas grunduppdrag
- Hälso- och sjukvård vid kommunernas särskilda boenden (SÄBO) ska ingå i grunduppdraget
- De primärvårdsverksamheter som finns vid Akademiska sjukhuset bör prövas för att organisatoriskt föras över till primärvård, hälsa och habilitering.

Vårdcentralerna är idag basen i primärvården och deras roll behöver ytterligare betonas i framtidens nära vård. För vårdcentralerna, barnmorskemottagningarna och barnavårdscentralerna gäller lagen (2008:962) om valfrihetssystem, vilken tillämpats i Region Uppsala sedan juli 2009. Önskvärd utvecklingsriktning för primärvården har utförligt beskrivits i rapporten Målbild för framtidens primärvård.

För att understryka hälsouppdraget föreslår utredningen att dagens vårdcentraler byter namn till hälsocentraler. Detta för att poängtera verksamhetens inriktning mot hälsa och helhetsansvar, till skillnad från nuvarande fokusering på att enbart bota sjukdom. Det är viktigt att det blir tydligt för invånarna att vårdcentralen har ett helhetsansvar och ett grunduppdrag kring befolkningens hälsa. Namnbytet kan därför ha ett symbolvärde och indikera förändring.

Arbetet med ohälsosamma levnadsvanor går från primärpreventivt till att vara en del i vård och behandling. Utvecklingen har en tydlig riktning där levnadsvanor är en del i behandlingen, exempelvis rökstopp inför operation, i cancerrehabilitering och vid behandling av depression. All personal behöver därför kompetens och förutsättningar för att arbeta systematiskt och evidensbaserat med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

En stor utmaning är att erbjuda invånarna en jämlik vård, vilket är ett krav i hälso- och sjukvårdslagen. Oberoende av bostadsort i länet ska invånaren erbjudas en lättillgänglig primärvård som erbjuder kontinuitet. Den lagstiftade valfriheten är central för att stärka patienternas makt. Vårdvalet med etableringsfrihet löser dock inte fullt ut problemen kring jämlik vård. Den nuvarande lösningen innebär att det blir ett stort utbud i tätbefolkade områden med förhållandevis stort antal invånare. Utvärderingar som gjorts har visat att etableringarna via vårdvalet ökar mest i områden som redan har ett stort utbud (Riksrevisionen, 2014).

För patienter och närstående med flera vård- och omsorgskontakter exempelvis inskrivna i hemsjukvården är beroende av att samspelet mellan olika aktörer fungerar. Hälsocentralerna har en viktig roll i att utveckla en ökad samordning av vårdens insatser över såväl förvaltningsgränser som huvudmannagränser. Samspel med såväl sjukhus som kommuner är avgörande för att uppnå förbättrade resultat för denna målgrupp. Ett samskapande arbetssätt och e-hälsoutveckling kan bidra i vidareutveckling av verktyg och arbetssätt, speciellt för vårdteam som inte ingår i samma verksamhet eller organisation. Ett gott exempel på stöd för samordning är standardiserad individuell vårdplan, SIP.

Utredningen har gjort bedömningen att en önskvärd storlek på en framtida hälsocentral utifrån krav på effektiv vård är cirka 10 000 listade invånare. I dagsläget finns 41 vårdcentraler och 7 filialer i Uppsala län. Av dessa vårdcentraler har 14 mer än 10 000 listade patienter och ytterligare 7 vårdcentraler har mellan 9 000 och 10 000 listade. Med den befolkningsökning som prognostiseras fram till 2030 finns således en potential att klara storlekskravet, inte endast via ett utökat antal vårdcentraler, utan till betydande del via fler listade vid ett stort antal av länets existerande vårdcentraler. Fler listade per vårdcentral förutsätter dock utökad användning av digitala verktyg då det finns begränsningar rörande lokalernas storlek.

Barnavårdscentralernas (BVC) och barnmorskemottagningarnas (BMM) ingår i allt väsentligt redan idag i hälsocentralernas uppdrag. Utredningen föreslår att BVC och BMM generellt ska ingå i grunduppdraget för länets hälsocentraler. Principerna för närmottagning utgör en möjlighet även för verksamhet vid BVC och BMM. Avseende BMM, som idag drivs som ett eget vårdval, skulle en möjlighet kunna vara för en hälsocentral att ta in en underentreprenör inom BMM.

Rehabiliteringskoordinator (reko) är en viktig kompetens för att samordna vården för patienter med komplexa behov. Det finns evidens för att reko minskar sjukskrivningsgrad och sjukskrivningslängd samt har positiva effekter för både patient och vårdpersonal (Lumell Associates, 2017). Rehabiliteringskoordinering är ingen sällanuppgift utan behöver inkluderas i vårdvalet och på sikt etableras på alla hälsocentraler i länet.

”Rehabiliteringskoordinatorerna är ännu inte i hamn… och de behövs!”
Röst från dialogarbetet

Sannolikt löser inte vårdvalet med fri etablering fullt ut den önskvärda utvecklingen. Utredningen anser därför att Region Uppsala bör bli mer aktiv i sin styrning av etableringar. Detta kan ske genom att utforma ersättningsystemet på ett sådant sätt att det blir förmånligt att etablera sig i mindre attraktiva områden. Det kan också ske genom att mer aktivt än idag styra via infrastrukturen, det vill säga huvudmannen tillhandahåller ändamålsenliga lokaler utifrån en önskvärd etableringsstruktur. Utförare i dessa lokaler kan vara såväl privata som egenregiaktörer.

Det finns idag verksamheter på primärvårdsnivå vid Akademiska sjukhuset. Ett sådant exempel är delar av mödrahälsovårdsverksamheten och samtalsmottagningar inriktade på barn och unga med lättare till medelsvår psykisk ohälsa. I det fortsatta arbetet bör den typen av verksamheter prövas för att övergå organisatoriskt i primärvård, hälsa och habilitering.

6.1.5 Hälsocentraler med särskilda uppdrag

Det fria vårdvalet behöver förenas med ett geografiskt områdesansvar för att ett effektivare folkhälsoarbete ska kunna bedrivas. Folkhälsa skapas genom samverkan i lokalsamhället.

Förslag

- I varje kommun utses en hälsocentral som får ett utökat områdesansvar. Den hälsocentralen får ett planerings- och samordningsansvar för det lokala strategiska hälsoarbetet. Om det finns ett vårdcentrum ligger ansvaret där.
- Med det utökade områdesansvaret bör en grundersättning utgå som kompletteras med en ersättning per kommuninvånare.
- För Uppsala kommun föreslås att ett projekt startar för att tillsammans med kommunen föreslå ett antal geografiska områden lämpliga att definiera som lokalsamhällen. Efter genomfört projektarbete ges ett antal hälsocentraler i Uppsala kommun ett tilläggsuppdrag på motsvarande sätt som i övriga länet.

Ett primärvårdsuppdrag är i grunden ett hälsouppdrag. Listning kan ses som ett kontrakt där invånaren tar hjälp och stöd av vården för att uppnå bästa möjliga hälsa. Att ha ansvar för en lista innebär således ett ansvar för individernas hälsa.

Förutom det individinriktade hälsoarbetet behövs ett ansvar för ett mer strategiskt inriktat hälsoarbete som ska bedrivas tillsammans med andra aktörer. Ett framgångsrikt sådant arbete kräver att berörda aktörer är verksamma i lokalsamhället och därmed har god kännedom om invånarna och de speciella förutsättningar som gäller inom ett begränsat geografiskt område, som kan vara en kommun eller en del av en kommun. I Uppsala kommun är det tydligt att det ofta handlar om stadsdelar. Debatten handlar oftast om utsatta stadsdelar, exempelvis Gottsunda och onekligen är hälsoutmaningarna störst i dessa utsatta områden. Möjligen har vårdens betydelse för att kunna möta utmaningarna i sådana områden kommit lite i skymundan. Ett framgångsrikt hälsoinriktat preventivt arbete kräver därför att uppdraget och ansvaret för listade individers hälsa kompletteras med ett strategiskt uppdrag för utvalda hälsocentraler inom avgränsade geografiska områden.

Det är logiskt att i första hand förlägga ansvaret för det strategiska hälsoinriktade arbetet till ett vårdcentrum (se avsnitt 6.1.7). Detta bör också vara grundprincipen. Alla kommuner kommer dock inte ha vårdcentrum och eftersom samverkan med kommunen är en så pass central del i det strategiska uppdraget att utredningen föreslår att en hälsocentral per kommun har tilläggsuppdrag avseende strategiskt hälsoinriktat arbete. För Sveriges till befolkningsstorlek fjärde största kommun, Uppsala, med mer än 200 000 invånare fungerar det dock inte. Spännvidden är stor inom Uppsala kommun och förutsättningarna varierar mellan olika delar, speciellt inom tätorten Uppsala.
För Uppsala kommun föreslår utredningen ett projekt tillsammans med kommunen med inriktning att definiera ett antal geografiska områden lämpliga att definiera som lokalsamhällen. Utgångspunkten för den geografiska indelningen bör vara exempelvis socioekonomi, näringsliv, närvaro av hälso- och sjukvård, kommunal omsorg och socialtjänst. Utifrån den geografiska indelningen bör ett lämpligt antal tilläggsuppdrag för planering och samordning av hälsoarbetet fördelas.

Utredningen föreslår att utvalda hälsocentraler med tilläggsuppdrag ersätts via tilläggsanslag som bör vara tillräckligt attraktivt. Det är dessutom av yttersta vikt att Region Uppsala förser de aktuella hälsocentralerna med data som är nödvändiga för att kunna fullgöra sina uppdrag. Det handlar inte bara om hälsodata, utan även andra data som krävs för ett framgångsrikt hälsoarbete, till exempel uppgifter om skola/utbildning. I det fall det finns ett vårdcentrum ligger tilläggsuppdraget där.

Att Region Uppsala via centrala initiativ verkar för en god hälsa kräver, förutom nära samarbete med kommunen, nära samverkan med ett flertal andra samhällsaktörer, till exempel tandvård, skola, socialtjänst, Försäkringskassan, Polisen och Arbetsförmedlingen och det lokala näringslivet.

6.1.6 Vårdcentrum

> För att kunna få till stånd en kvalitativ nära vård som blir likvärdig över hela länet och jämlik för länets samtliga invånare föreslås ett antal platser i länet till vilka en mer omfattande vårdverksamhet koncentreras.
>
> **Förslag**
> - De koncentrerade vårdinrättningarna föreslås benämnas vårdcentrum
> - Ett vårdcentrum består av en eller flera hälsocentraler inom den aktuella ortens närområde
> - Vårdcentrum har ett sistahandsansvar. Ekonomiska förutsättningar och former för detta behöver dock utredas vidare.
> - Vårdcentrum får ett planerings- och samordningsansvar för det lokala strategiska hälsoarbetet.
> - Till dessa centrum bör förutom hälsocentraler knytas vissa mottagningar för specialiserad vård och närvårdplatser. Vårdcentrum bör utgöra basen för de mobila närvårdsteamen
> - Ett vårdcentrum ska erbjuda invånarna dygnet-runt-öppen akutverksamhet på primärvårdsnivå. Formerna för detta behöver dock utredas vidare.
> - Vårdcentrum ska finnas på orterna Östhammar, Tierp och Enköping
> - Ett vårdcentrum lokaliseras och kopplas till delar av verksamheten vid Lasarettet i Enköping.
> - Utredningen föreslår att Region Uppsala tillsammans med Uppsala kommun utreder Gottsunda som lokalisering för ett vårdcentrum. På sikt krävs fler vårdcentrum inom Uppsala.
> - Förutsättningar för vårdcentrum finns sannolikt både i Bålsta och i Knivsta inom cirka 5-7 år.
> - På någon ort kan en upphandling av vårdcentrum bli aktuell. Det förutsätter dock att den privata utföraren kan åta sig det utökade hälsouppdraget och sistahandsansvaret. Förutsättningarna för styrning i dessa fall behöver belysas ytterligare.

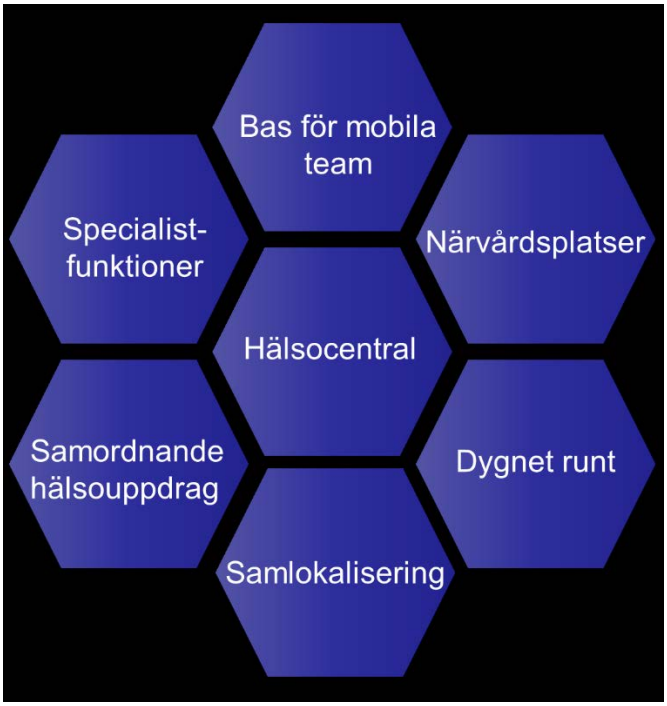
För att kunna få till stånd en kvalitativ nära vård som blir likvärdig över hela länet och jämlik för länets samtliga invånare anser utredningen att det behövs ett antal platser i länet till vilka en mer omfattande vård- och omsorgsverksamhet bör koncentreras. En form av nod för arbetet med vård och omsorg inom ett geografiskt område. Utredningen föreslår att dessa benämns vårdcentrum. Det finns redan i dagens hälso- och sjukvårdsverksamheter i länet som passar in på ovanstående beskrivning. För Uppsalas del finns omfattande resurser inom ett begränsat geografiskt område. Även i Enköping finns förhållandevis mycket resurser.

”Några hubbar behövs i länet med mer resurser. Besvärligast för samverkan är resursbristen i primärvården. Men organisation är inte det väsentligaste. Det är relationer lokalt som är avgörande” (Chefsröst från barnsjukhuset)

Ett vårdcentrum består av en hälsocentral med grunduppdrag inom vårdvalssystemet. Vårdcentrumet tilldelas ett samordningsansvar för den nära vården i området, innefattande bland annat organisation och bemanning av vissa gemensamma resurser som jour, beredskap, mobila team med mera. Utredningen förslår att hälsocentralen ifråga erhåller ett tilläggsanslag för uppdraget. Till vårdcentrum bör förutom hälsovårdscentraler viss specialiserad vård (se avsnitt 6.1.6) och närvårdsplatser knytas (se avsnitt 6.1.8).

Vårdcentrum ska också utgöra basen för de mobila närvårdsteamen. Förstärkta resurser för olika former av rehabilitering bör knytas till vårdcentrum. Ett exempel är multimodal rehabilitering för smärtproblematik i primärvård (MMR1) som med fördel kan koncentreras och standardiseras i linje med nuvarande evidens (Lumell Associates, 2017). Behandlingen organiseras därmed bäst i ett vårdcentrum för att säkerställa kvalitet.

På ett vårdcentrum ska invånarna erbjudas dygnet-runt-öppen akutverksamhet på primärvårdsnivå. Formerna för detta bör utredas vidare. Även samlokalisering med tandvården bör övervägas vid vårdcentrum. Röntgen, helst med möjlighet till undersökningar även på jourtid bör finnas vid vårdcentrum liksom viss laboratorieverksamhet.



Figur 19. Innehållet i ett vårdcentrum, Region Uppsala, 2018

För Tierp i norr och Östhammar i nordost finns goda förutsättningar för inrättandet av ett vårdcentrum. För Enköping föreslår utredningen ett vårdcentrum som kopplas till delar av verksamheten vid Lasarettet i Enköping. För Uppsala föreslår utredningen ett projekt tillsammans med kommunen. Projektet ges i uppdrag att ta fram förslag till lokalisation av ett vårdcentrum som relativt snart skulle kunna förverkligas.

Utredningen föreslår att Gottsunda utreds som plats för ett första vårdcentrum. En sådan borde kunna ske skyndsamt och ha karaktären av ett gemensamt pilotprojekt mellan Region Uppsala och Uppsala kommun. På sikt krävs fler vårdcentrum inom Uppsala.

Länet står inför en kraftig befolkningsökning under perioden 2018-2030 som är ojämnt fördelad. En naturlig frågeställning som inställer sig är därför om ytterligare vårdcentrum bör inrättas under perioden. De platser som ligger närmast till hands och som båda har en kraftig befolkningstillväxt är Knivsta och Bålsta. Bålstas invånare orienterar sig gärna mot Stockholm, eftersom det finns bra tågförbindelse och motorväg till Stockholm. Det är inte i alla avseenden naturligt att vända sig till Enköping och ett vårdcentrum där. Området mellan Knivsta och Uppsala har den kraftigaste tillväxten. Utredningen föreslår att en planering påbörjas med inriktning att öppna ett vårdcentrum i Knivsta och Bålsta inom 5-7 år. Med tanke på att det finns två privat drivna vårdcentraler i Bålsta skulle en upphandling av ett vårdcentrum kunna övervägas. Det innebär i så fall att en privat aktör också tar på sig ett samordnings- och sistahandsansvar.

Utredningen anser att det är önskvärt att verksamheten vid ett vårdcentrum bedrivs i attraktiva lokaler där ovanstående vårdutbud kan samlokaliseras. Planeringen bör ske i nära samverkan med kommunen. Det är exempelvis tänkbart att lokalisera särskilda boenden eller andra kommunalt drivna verksamheter inom samma byggnadskomplex.

”Flera vård- och omsorgsboende är under planering. Vi bygger fast oss för 30 till 50 år framåt. Vi behöver planera tillsammans.”

(Kommunal politikerröst i nämnden för kunskapsstyrning)

Det är angeläget att samverka med statliga myndigheter och andra viktiga aktörer i lokalsamhället. Det vore önskvärt att de statliga aktörerna i sin utlokaliserade verksamhet i större utsträckning än idag samlokaliserades med andra samhällsaktörer som skattefinansieras. Region Uppsala bör därför uppta diskussioner med staten om lokalisering av Polis, Arbetsförmedling och de så kallade servicecentra som består av Skatteverket och Försäkringskassan.

6.1.7 Närvårdsplatser/närvårdsavdelningar

Idag finns närvårdsavdelningar på tre platser; Tierp, Östhammar och Uppsala. För att kunna erbjuda invånarna en nära slutenvård på primärvårdsnivå som samtidigt är kostnadseffektiv är det viktigt att Region Uppsala tillhandahåller slutenvård utanför sjukhusen.

Förslag

- Närvårdavdelningarna utgår från ett grundkoncept och drivs i samverkan med kommunerna
- Närvårdsavdelningarna ska ha tillgång till basal laboratorieverksamhet och röntgen
- Närvårdsavdelningarna ska bedrivas i anslutning till ett vårdcentrum
- Dagens närvårdsavdelningar behöver därmed anpassas till föreslaget koncept i nära dialog med länets kommuner
- Östhammars närvårdsplatser behålls med nuvarande innehåll och upplägg. Sannolikt behöver omfattningen anpassas till framtidens behov.
- Närvårdplatserna i Tierp överförs till Primärvården, Hälsa och habilitering. Inför förändringen bör en dialog föras med Akademiska sjukhuset.
- Närvårdsavdelningen i Uppsala (NÄVA) behöver ha en annan konstruktion, organisering och lokalisering än idag. Därför föreslås NÄVA i sin nuvarande form ersättas av en närvårdsavdelning enligt föreslaget koncept.

En närvårdsavdelning har förutsättningar att bedriva slutenvård på primärvårdsnivå på ett mer kostnadseffektivt sätt än sluten vård vid akutsjukhusen. Rätt utformade kan de avlasta och frigöra resurser vid de hårt belastade akutsjukhusen genom att förhindra att vissa patienter kommer in till sjukhusen. På en närvårdsavdelning vårdas med fördel patienter med medicinska problem kombinerade med ett stort omvårdnadsbehov. För många multisjuka äldre krävs helhetssyn. Med rätt patienturval kan vården dessutom innebära en kvalitetshöjning för patienterna, eftersom dagens hårt subspecialiserade akutsjukhus har svårigheter att organisera vården med det generalistperspektiv som är en fördel i vården av multisjuka äldre. Detta är en viktig faktor för att förbättra tillgängligheten och patientsäkerheten. En närvårdsavdelning bör ha tillgång till enklare röntgenundersökningar och enklare laboratorieverksamhet, vilket möjliggörs genom lokalisation till vårdcentrum. Det är väsentligt att en närvårdsavdelning hanteras inom primärvården.

Idag finns närvårdsavdelningar på tre platser; Tierp, Östhammar och Uppsala. I Östhammar samfinansieras sedan ett antal år tillbaka 18 platser mellan Region Uppsala och Östhammars kommun. Inläggning sker antingen via kommunen eller via primärvården. Patientgrupperna skiljer sig enligt personalen inte åt beroende av vem som lägger in. De är genomgående patienter med omfattande medicinska problem och ett stort omvårdnadsbehov. Avdelningen är uppbyggd på samma sätt som är vanligt i glesbygd, till exempel i Västerbottens inland. Lösningen är kostnadseffektiv och avlastar säkerligen Akademiska sjukhuset. Utredningen föreslår att nuvarande lösning behålls. Möjligen är antalet platser något många i förhållande till befolkningsunderlaget. Med den inriktning som finns på mer avancerad vård i hemmet och med sjunkande medelvårdtider kan det finnas utrymme för platsreduktion.

I Tierp finns för närvarande 3 närvårdsplatser som finansieras tillsammans med kommunen. Vården bedrivs av Akademiska sjukhuset som också ansvarar för 13 geriatriska vårdplatser. Lösningen i Tierp skiljer sig i jämförelse med Östhammar. Utredningen anser dock att Region Uppsala kan ha olika lösningar beroende på lokala förhållanden. Det väsentliga är gemensamt ansvarstagande mellan kommun och Region Uppsala och primärvårdens engagemang. Närvårdsplatserna bör överföras till Primärvården, Hälsa och habilitering efter dialog med Akademiska sjukhuset.

I Uppsala finns en närvårdsavdelning (NÄVA) med cirka 20 platser som geografiskt är placerad på Kronparksgården. I och med sammanslagning mellan Primärvårdsförvaltningen och Hälsa och habilitering ligger nu avdelningen i den nya sammanslagna förvaltningen. Avdelningen finansieras helt av Region Uppsala, det vill säga utan medfinansiering från Uppsala kommun. NÄVA har huvudsakligen kommit att fungera som en eftervårdsavdelning för Akademiska sjukhuset. Dagens lösning frigör troligen en del vårdplatser för Akademiska sjukhuset i en ansträngd vårdplatssituation. Den problematiken torde dock bättre hanteras på annat sätt inom ramen för Akademiska sjukhusets egen organisation.

Avsikten med en närvårdsavdelning är att ge förutsättningar för patienter med stort vårdbehov att få vården nära och att minska inflödet till sjukhuset och därmed koncentrera verksamheten vid Akademiska sjukhuset till sådant som explicit kräver sjukhusets resurser. Därför skulle det vara fördelaktigare för såväl patienter och anhöriga som för Akademiska sjukhuset om vissa patienter helt hanterades via vårdplatser inom den nära vården och aldrig kom in till sjukhuset. Utredningen föreslår att NÄVA görs om enligt ursprungliga intentioner och tillhandahåller cirka 20 vårdplatser. Den nya avdelningen bör lokaliseras utanför Akademiska sjukhuset. Dialog bör snarast upptas med kommunen om möjligheten att åstadkomma en närvårdssamverkan. Kommunen bör således vara medfinansiär. Det är angeläget med en lokalisering som möjliggör röntgen och laboratorieundersökningar samt närhet till ett vårdcentrum.

Uppsala kommun har redan idag mer än 200 000 invånare och kommer att ha 250 000 invånare inom några år. Antalet äldre kommer öka dramatiskt under planeringsperioden. Under planeringsperioden anser utredningen att antalet närvårdsplatser kan behöva ökas. Det kan delvis tillgodoses genom inrättande av ett antal vårdplatser i anslutning till ett kommande vårdcentrum i Knivsta. Tillkommer ytterligare vårdcentrum i Uppsala kan på sikt dessutom övervägas närvårdsplatser på fler lokalisationer i Uppsala.

6.1.8 Specialiserad vård utanför sjukhus

En framgångsrik nära vård är beroende av ett tätt samarbete med den specialiserade vården. Den vetenskapliga utvecklingen med en accelererande kunskapsutveckling leder till ökad subspecialisering, vilket i sin tur leder till att fler specialister i ökande utsträckning blir involverade i varje vårdepisod.

Förslag

- Ett projekt bör omgående starta med inriktning att ta fram förslag kring utformningen av samverkan med och insatser från specialiserad vård och den specialiserade habiliteringen i den nära vården. Projektet bör initieras omgående med ambition att lämna förslag under första kvartalet 2019.
- Företrädare för sjukhusbunden vård, privat respektive offentligt driven primärvård samt övriga öppenvårdsspecialister behöver inkluderas i arbetet, liksom företrädare för flertalet av vårdens professioner och patientföreträdare.
- Nära samverkan bör ske med den framtida organisationen för kunskapsstyrning (se avsnitt 6.3.2).

Ett viktigt ansvar för den nära vården, främst primärvården, är helhets – och koordinationsansvaret för listade individer. Detta innebär bland annat att primärvården behöver kontinuerlig information om de listade patienternas vårdkonsumtion. Idag pågår en utveckling för att läkaren på vårdcentralen ska kunna bli uppmärksammad på om någon listad patient blir in- eller utskriven från sjukhuset. Det innebär att nästa vårdnivå har fått automatisk information och kan ta vid där föregående utförare avslutat kontakten.

En avgörande framgångsfaktor avseende insatser från den specialiserade vården blir effektiva arbetssätt för kontakterna som bland annat inkluderar lättillgänglighet. Här erbjuder digitaliseringen stora möjligheter. Att kunna koppla upp sig mellan den nära vården och den specialiserade sjukhusvården och överföra patientdata, till exempel röntgenbilder, underlättar samverkan på ett påtagligt sätt. En större utmaning än tekniken är att förändra arbetssätt, scheman med mera. Vid dialoger med medarbetare inom primärvården så framhåller de vikten av att kunna få kontakt i nära anslutning till en enskild patients handläggning inom primärvården.

Den specialiserade sjukhusbundna vården framhåller utmaningen som den ökade subspecialiseringen medför. Det finns idag ytterst få generalister med möjligheter att bedriva konsultverksamhet från en läkares sida utifrån det relativt breda diagnostiska spektrum som den nära vården bjuder på. Vid ett möte med Akademiska sjukhuset framkom dock ett tänkbart exempel på arbetssätt:

”Varje dag klockan 16 borde närakuten i Tierp koppla upp sig mot ortopedkliniken och så går man tillsammans igenom några av dagens ortopedfall inklusive röntgengranskning” (Röst från Akademiska sjukhuset)

Detta skulle inte ta många minuter, men effektiviserar påtagligt och utgör dessutom ett effektivt lärande.

Vården i Region Uppsala kan bli effektivare om viss specialiserad vård inkluderas i den nära vården. Utlokaliserad specialistvård bör samlokaliseras med vissa hälsocentraler och vårdcentrum. Redan idag bedriver bland annat psykiatrin, geriatriken, ögon och barnsjukvården vid Akademiska sjukhuset sådan externt förlagd verksamhet. Andra tänkbara specialiteter är öron, gynekologi, ortopedi, rehabilitering och olika invärtesmedicinska specialiteter. Merparten av extern verksamhet bör förläggas till så kallade vårdcentrum (se avsnitt 6.1.6). Mottagnings-/konsultverksamhet kan bedrivas i varierande omfattning, alltifrån heltid till enstaka timmar i månaden beroende av specialitet, sjukdomsprevalens med mera.

Det finns idag ett flertal specialistverksamheter inom den nära vården, det stora flertalet dock i tätorten Uppsala. Det handlar om specialister verksamma via lagen om läkarvårdsersättning, fysioterapeuter via lagen om ersättning för fysioterapi, lagen om offentlig upphandling eller valfrihetssystem. Dessa specialister är en tillgång för hälso- och sjukvårdsystemet, men borde på ett tydligare sätt kunna nyttjas för att uppnå högre effektivitet i det samlade systemet. Det finns dock utmaningar med alltför små etableringar då det är svårt att klara exempelvis utbildningsuppdraget. Effektiviteten i det samlade systemet ökar om Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping får koncentrera sig på det som kräver sjukhusets resurser. Vissa av sjukhusens remisspatienter borde kunna skötas av ovanstående öppenvårdsspecialister.

Habiliteringsverksamheten har specialistkompetens inom området funktionsnedsättning och funktionshinder. Habiliteringen erbjuder stöd, råd och interventioner till barn, unga och vuxna med funktionsnedsättningar som är medfödda eller förvärvade där behovet av insatser över tid ska vara omfattande och livslångt. Habiliteringen är därmed en specialistresurs utöver den hälso- och sjukvård som länets invånare har tillgång till och kan komplettera med konsultation samt ge stöd till anhöriga och nätverk såväl i den nära vården som i läns- och regionvården.

Tiden för detta projekt har inte medgett att i detalj komma med förslag till utformning av den specialiserade vården inom framtidens nära vård. Utredningen föreslår därför att ett projekt med inriktning att ta fram förslag kring ovanstående punkter startas. Arbetet kan med fördel kopplas till det patientprocessarbete som påbörjats under 2018. Ett sådant projekt kräver tät samverkan med den organisation för kunskapsstyrning som behöver byggas upp (se avsnitt 6.3.2). Förslagsvis initieras projektet direkt efter sommaren 2018 med ambition att lämna förslag under första kvartalet 2019. Företrädare för sjukhusbunden vård, privat respektive offentligt driven primärvård, övriga öppenvårdsspecialister behöver inkluderas i arbetet, liksom företrädare för flertalet av vårdens professioner. Det är också angeläget att samverka med patientföreträdare i det fortsatta arbetet.

Specialistinsatser inom den nära vården handlar inte bara om läkarinsatser. Det handlar i allra högsta grad om insatser från andra professioner exempelvis diabetessköterskor, KOL-sköterskor, sviktsköterskor och fysioterapeuter med flera. Dessa är av stor betydelse för en effektiv vård och antalet kommer behöva ökas såväl via fler specialistområden som via fler individer inom respektive specialitet. Även fysioterapeuter och arbetsterapeuter, dietister, psykologer och kuratorer med flera yrkesgrupper är ofta specialiserade och av stor vikt för en effektiv och nära vård, inte minst för det hälsofrämjande arbetet och för en effektiv rehabilitering.

6.1.9 Sjukhusvård

I det framtida hälso- och sjukvårdssystemet har länets sjukhus mycket viktiga roller att uppfylla. Det är viktigt att sjukhusverksamheterna får förutsättningar för att kunna uppfylla dessa roller i den framtida specialiserade vården på samtliga nivåer i systemet, framför allt i den nära vården. Även sjukhusens roller i ett regionalt, nationellt och internationellt perspektiv behöver säkerställas i den framtida vården. Sjukhusvård bedrivs som länssjukvård, regionsjukvård och rikssjukvård.

Förslag
Lasarettet i Enköping utvecklas utifrån två linjer: en del som utvecklas till ett vårdcentrum enligt modell i tidigare avsnitt och en del som bedriver länssjukvård inom internmedicin och kirurgiska specialiteter och som ska öka avsevärt i omfattning de närmaste åren. Samarbetet mellan Lasarettet i Enköping och Akademiska sjukhuset behöver utvecklas och fördjupas för en effektivare vårdproduktion och möjlighet till specialisering även vid Lasarettet i Enköping.

Lasarettet i Enköping och Akademiska sjukhuset får, med stöd av Regionkontoret, i uppdrag att senast första kvartalet 2019 framlägga en plan med inriktning att

- på sikt ta ställning till den samlade organisationen för sjukhusvården inom Region Uppsala
- utveckla samordning och ledning mot ett närmande inom vissa verksamhetsområden
- överföra volymer inom elektiv kirurgi/ortopedi/urologi från Akademiska sjukhuset till Lasarettet i Enköping
- utveckla några diagnosområden till profilområden inom Lasarettet i Enköping
- utveckla och öka dagvårdsverksamheten inom internmedicin
- anpassa framtida fastighetsinvesteringsplaner utifrån nya förutsättningar

Förvaltningen Primärvård, hälsa och habilitering och Lasarettet i Enköping får, med stöd av Regionkontoret, i uppdrag att tillsammans med kommunen under hösten 2018 ta fram en plan för etableringen av ett vårdcentrum i Enköping. En inriktning i planen bör vara att med lasarettsanknuten hemsjukvård (LAH) som grund etablera ett mobilt närsjukvårdsteam och omvandla ett lämpligt antal vårdplatser till närvårdplatser på primärvårdsnivå.

Lasarettet i Enköping föreslås vidare att

- fortsatt vara ett akutsjukhus, dock endast med akutverksamhet inom internmedicin. Frågan om tillgång till anestesiologisk kompetens på jourtid behöver lösas i samråd med Akademiska sjukhuset
- intensivvårdsplatserna görs om till intermediärplatser

Akademiska sjukhuset föreslås vidare att

- utveckla och förbättra utbudet i den nära vården avseende specialistinsatser (se avsnitt 6.1.6)
- i ökande utsträckning förlägga specialistmottagningar och konsultverksamhet till hälsocentralerna, i huvudsak till länets nya vårdcentrum

Sjukhusterminologin i Sverige är under förändring. Traditionellt har sjukhusen kallats för länsdelssjukhus, länssjukhus eller centrallasarett, samt regionsjukhus. Därutöver figurerar begrepp som akutsjukhus och universitetssjukhus samt närsjukhus. För inget av uppräknade namn finns enhetliga definitioner. När flertalet landsting blivit regioner har viss förvirring uppstått, inte minst kring termen regionsjukhus som tidigare reserverats för sjukhus som, likt Akademiska, haft hela sjukvårdsregionen som upptagsområde. När vanliga landsting blivit regioner har det som tidigare benämnts som länssjukhus stundtals kommit att kallas för regionsjukhus.

Utredningen har valt att använda begreppet länssjukhus för sjukhus med länsuppdrag, det vill säga med hela länet (Uppsala län) som upptagsområde och begreppet riks-/regionsjukhus för sjukhus med sjukvårdsregionen (Uppsala-Örebro-regionen) respektive riket som upptagsområde för högspecialiserad vård.

Utredningen har haft några utgångspunkter när det gäller effektivisering av sjukhusen i Region Uppsala:

1. Sjukhus är den mest resurskrävande strukturen i systemet, inte minst för att det krävs verksamhet dygnet runt veckan runt (24/7). Konsekvensen är att sjukhus endast ska utföra det som kräver sjukhusets resurser. Denna utgångspunkt har som framhållits tidigare genomsyrat hela strukturarbetet i utredningen.
2. För patienter med internmedicinska vårdbehov som inte ställer alltför höga krav på specialisering, inte sällan multisjuka äldre, är det en fördel med korta geografiska avstånd. För dessa kan såväl akut som elektiv sjukhusvård utgöra en del av den nära vården.
3. Det finns effektivitetsvinster att göra genom koncentration av vissa kirurgiska verksamheter. Det är väl känt att fristående elektiva enheter som inte störs av akutverksamhet eller högspecialiserad vård har högre kapacitet än vid akutsjukhus. Lasarettet i Enköping har en mycket god tillgänglighet, men verksamheten är allt för sårbar. Med tillräckligt stora volymer kan en hög kvalitet säkras. För kirurgiska specialiteter är således inte den geografiska närheten främsta skälet för etablering av verksamhet vid mindre länssjukhus.

Lasarettet i Enköping

All logik talar för att även Enköping ska ha ett vårdcentrum (se ovan). Framtidens nära vård i Enköping kräver en bättre integration mellan bland annat primärvården, kommunal vård och verksamheten vid Lasarettet i Enköping. För att åstadkomma detta föreslår utredningen att Primärvård, hälsa och habilitering och Lasarettet i Enköping ges i uppdrag att tillsammans med kommunen under hösten 2018 ta fram en plan för etableringen av ett vårdcentrum i Enköping. En inriktning i planen bör vara att med lasarettsanknuten hemsjukvård (LAH) som grund etablera ett mobilt närsjukvårdsteam och omvandla ett lämpligt antal vårdplatser vid lasarettet till närvårdplatser med uppdrag och arbetssätt som beskrivits tidigare (se avsnitt 6.1.8). Uppgiften för berörda förvaltningar blir bland annat att se över akutverksamheten. I enlighet med primärvårdsuppdraget är 24/7-verksamheten i första hand ett primärvårdsuppdrag och den internmedicinska akutverksamheten kan träda in som ”second line”. Uppdraget att utveckla ett lämpligt antal vårdplatser till närvårdsplatser kräver samverkan med kommunen.

Lasarettet i Enköping är ett välfungerande sjukhus med god kvalitet och hög tillgänglighet. Sjukhuset har lyckats utveckla verksamheten utifrån befolkningens behov bland annat genom att ställa om från slutenvård till lasarettanknuten hemsjukvård. Utredningen föreslår att verksamheten vid Lasarettet i Enköping vidareutvecklas. Inom internmedicin föreslås sluten vård, öppen vård och internmedicinsk akutverksamhet 24/7 för patienter som inte kräver Akademiskas resurser. Samarbetet med internmedicin vid Akademiska sjukhuset behöver utvecklas. Inte minst borde dagsjukvården utvecklas och kunna erbjuda t.ex. dagbehandling för cancerpatienter. Dialysbehandling är ett område som decentraliseras alltmer och som eventuellt borde kunna erbjudas vid Lasarettet i Enköping.

Beträffande elektiv kirurgisk verksamhet anser utredningen att volymerna succesivt bör öka. Detta skulle avsevärt kunna effektivisera den samlade verksamheten inom kirurgiska discipliner för Region Uppsalas del. Ett antal åtgärder inom ortopedi, urologi och allmänkirurgi bör därför koncentreras till Lasarettet i Enköping. Önskvärt är att sjukhuset tillåts utföra den samlade verksamheten inom ett eller flera diagnosområden, det vill säga verksamheter som kan utvecklas till högkvalitativa profilområden och även dra till sig utomlänsvård. Inriktningen är att Lasarettet i Enköping ska vara ett akutsjukhus med akutverksamhet inom internmedicin, men inte inom kirurgisk akutverksamhet. Idag tas kirurgiska patienter emot akut (ej blåljus) dygnet runt. Vid behov av inläggning förs de till Akademiska sjukhuset. Det finns behov av mobiliseringsplatser för kirurgiska patienter vid Akademiska sjukhuset. En dialog behöver föras med Akademiska sjukhuset angående hantering framåt och vilka konsekvenser föreslagna förändringar ger.

Idag bedrivs intensivvård i liten utsträckning vid Lasarettet i Enköping. Det är inte möjligt att uppnå tillräcklig patientsäkerhet, kvalitet och kostnadseffektivitet med så litet underlag. Utredningen anser därför att intensivvårdsplatserna bör ersättas med ett antal så kallade intermediärplatser med förstärkta övervakningsmöjligheter. Med kvarstående akutverksamhet inom internmedicin behöver dock frågan om tillgång till anestesiologisk kompetens på jourtid lösas i samråd med Akademiska sjukhuset.

Akademiska sjukhuset kommer i ökande utsträckning vara beroende av verksamheten vid Lasarettet i Enköping utifrån ett utbildningsperspektiv. Det gäller inte minst ST-utbildningen där samverkan redan har utvecklats. Skicklighet kräver tillräckliga volymer. Detta gäller samtliga verksamheter och personalkategorier, även om det kanske är tydligast för läkare inom kirurgiska specialiteter. Åtminstone för läkare inom tillämpliga specialiteter bör det tydliggöras vid anställning att tjänstgöringsort kan vara på olika ställen i länet (se avsnitt 6.1.6 och 6.1.7).

Utredningen anser att det är förenat med fördelar och möjligheter till effektivisering om den del av Lasarettet i Enköping som enligt förslaget kommer att utgöra sjukhusvård knyts genom stärkt samarbete och produktionsplanering till Akademiska sjukhuset. Lasarettets avsevärt mindre volym medför att det är många områden som på grund av sin ringa storlek blir sårbara. Utifrån båda sjukhusens samlade resurser skulle det finnas större möjligheter att säkerställa en effektiv och jämlik vård för länets invånare. Det skulle också kunna underlätta såväl personal- som patientadministration.

Utredningen föreslår därför att på sikt se över om en förändrad organisering skulle underlätta omställningen till att utöka och utveckla verksamheten inom Lasarettet i Enköping. Det är angeläget att beakta utbildnings- och forskningsperspektivet i kommande förändringar.

Förslaget innebär sammanfattningsvis att verksamheten vid Lasarettet i Enköping utvecklas utifrån två linjer – en del som utvecklas till ett vårdcentrum enligt modell ovan (se avsnitt 6.1.7) och en del med länssjukvård inom internmedicin och kirurgiska specialiteter som samordnas och utvecklas i samverkan med Akademiska sjukhuset.

Elisabethsjukhuset
Privatägda Elisabethsjukhuset (Aleris) är ett specialistsjukhus verksamt huvudsakligen inom ortopedi. Inom vissa områden är de Sverigeledande. Samarbetet med Akademiska sjukhuset tycks fungera väl och sjukhuset är en tillgång för Uppsala. Sjukhuset har ett vårdavtal med Region Uppsala. Utredningen har inte funnit anledning att komma med förslag till förändringar, eftersom det mesta tycks fungera väl.

Akademiska sjukhuset
Akademiska sjukhuset är det största universitetssjukhuset i sjukvårdsregionen, vilket innebär att en stor del av den högspecialiserade sjukvården utförs där. Högspecialiserad hälso- och sjukvård levereras även till andra landsting och regioner i Sverige. Genom Uppsala Care vid Akademiska sjukhuset erbjuds dessutom patienter från hela världen specialistsjukvård.

Under 2018 påbörjar Socialstyrelsen uppdraget med den nationella nivåstruktureringen. Den samverkansstruktur som landsting och regioner utvecklat gemensamt ligger till grund för arbetet. Systemet med rikssjukvård fasas därmed ut och nivåstruktureringen inom cancerområdet integreras i den nya arbetsprocessen för nationell nivåstrukturering. Sjukvårdsregionerna förbereder för såväl uppbyggnaden av den gemensamma kunskapsstyrningsstrukturen som för den nationella och sjukvårdsregionala nivåstruktureringen.

Det finns behov av att säkra och utveckla vård, utbildning och forskning långsiktigt. Att Akademiska sjukhuset är ett framgångsrikt universitetssjukhus har stor betydelse för Uppsalas ställning som ledande forskningsregion och påverkar även den regionala utvecklingen och näringslivet främst inom life science området. Akademiska sjukhuset utgör därmed en värdefull tillgång för Region Uppsala men också för sjukvårdsregionen och nationellt. Ett framgångsrikt universitetssjukhus erbjuder stora möjligheter för det samlade sjukvårdssystemet att tillgodogöra och tillämpa senaste rön avseende diagnostik och behandling.

Under 2018 genomförs därför ett utvecklingsarbete i förtroendefull samverkan med ingående landsting och regioner i Uppsala-Örebro-regionen. Såväl koncentration av vård som utveckling av mer nära vård kommer att påverka strategierna framåt även på den sjukvårdsregionala nivån. Det kan exempelvis innebära att den tid patienterna vårdas på ett universitetssjukhus kortas och att vissa behandlingar koncentreras till sjukhus som inte är universitetssjukhus, men där förutsättningarna för att få upp volymerna och därmed kvaliteten för vissa behandlingar är gynnsamma. Universitetssjukhusen kommer sannolikt att i allt högre utsträckning utföra nationellt nivåstrukturerad vård.

En framgångsfaktor för ett fördjupat och utvecklat samarbete kan vara att gå från en köp-och säljlogik till att utveckla partnerskap med gemensamt ansvar för sjukvårdsregionens invånare. Inför 2019 kommer ett nytt samverkansavtal finnas på plats. Arbetet övergår därmed i en genomförandefas i nära samverkan för att nå målet om en jämlik vård av god kvalitet.

För utvecklingen mot en effektiv och nära vård, är det av stor betydelse att förändringar inom vårdstrukturen görs på ett sådant sätt att det stärker Akademiska sjukhusets förmåga att leverera vård internationellt, nationellt och sjukvårdsregionalt. Ett universitetssjukhus ska också vara effektivt. Ett problem för sjukhuset är att uppdraget omfattar alla former av sjukhusvård. Möjligheterna att utveckla sjukhusets effektivitet skulle öka om sjukhuset i större utsträckning fick koncentrera sig på vård som kräver sjukhusets resurser. Förmåga att utlokalisera vård främst till den nära vården samtidigt som sjukhuset i nätverkssamverkan får tillgång till patienter i den nära vården för forskning och utbildning blir en avgörande framgångsfaktor för framtiden. Om Region Uppsala lyckas med utlokalisering av verksamheter från Akademiska sjukhuset, utökning och utveckling av verksamheten vid Lasarettet i Enköping och med att utveckla och fördjupa samverkan inom sjukvårdsregionen kan Akademiska sjukhuset kunna bidra på ett positivt och långsiktigt hållbart sätt internationellt, nationellt och sjukvårdsregionalt.

6.2 Digital infrastruktur

Region Uppsala behöver fortsätta på inslagen linje med samordnad information för en god vårdservice för invånaren. Verksamheternas genomförandekraft behöver stärkas för att möjliggöra ökad egenvård och självadministrering för patienten. Både invånarens/patientens behov av tillgänglighet och närhet och verksamhetens behov av effektivisering, genomförandekraft och god arbetsmiljö ska beaktas i Region Uppsalas uppbyggnad av digital infrastruktur.

Förslag

- Upphandla digitalt triageringsverktyg 2018
- Fortsatt utveckling av digitala kontaktvägar inom ramen för ett kontinuitetsbaserat hälso- och sjukvårdssystem
- Digital utbildning för chefer och medarbetare 2018-2019
- Införande av webbtidbok och videomöten 2018-2019
- Kommunikationsinsatser för invånare och patienter 2018
- Intensifierad dialog med kommunerna om integrerade system i framtiden
- Kraftsamling för fortsatt utveckling av kliniska beslutsstöd
- Säker hemmonitorering som utvecklad egenvård 2020
- Användarvänlig digital arbetsmiljö via ”single-sign-on” eller ”tap & go” 2020

Enbart två av tio svenskar anser att hälso- och sjukvården lever upp till deras digitala förväntningar (Sveriges kommuner och landsting, 2016). För att kraftsamla insatserna för en digital utveckling har Region Uppsala fastställt att digitalt ska vara standard i en strategi för e-hälsa och digitalisering (dnr LS2016-0719). Det som kan göras digitalt ska göras digitalt oavsett hur tjänsten levererats tidigare. Detta utan att nya lösningar verkar uteslutande gentemot människor som av olika skäl inte kan hantera ny teknik.

Digitala tjänster kan öka hälso- och sjukvårdens kvalitet både vad gäller effektivitet och närhet. Exempelvis kan ett digitalt vårdmöte öka närheten för patienten och bespara resan till en fysisk mottagning, men arbetsinsatsen för mottagningen blir densamma även fast arbetssättet är annorlunda. Vad som skapar värde i termer av effektivitet och närhet är därför viktigt att beakta ur både invånarens/patientens och verksamhetens perspektiv. Individen/patienten behöver information om vilka digitala möjligheter som erbjuds för att kunna vara delaktig och ta ett större ansvar för sin egen hälsa och vård.

För att uppnå ”digitalt som standard” behöver därför Region Uppsala ha en tydlig kommunikationsstrategi för hur invånare informeras om digitala tjänster. Verksamheterna behöver stabila och integrerade system som är lätta att använda. ”Single-sign-on” eller ”tap-and-go” är efterfrågade verktyg som skulle förenkla vardagen för personal i vården. Uppföljande utbildningsinsatser till chefer och medarbetare samt tid för att införliva nya arbetssätt samtidigt som gamla rutiner fasas ut är också viktigt för att säkerställa en god digital arbetsmiljö.

Verksamhetseffektivisering uppnås då personalen spar tid. Webb-tjänster där patienten själv kan se, avboka och omboka sina tider via 1177 Vårdguiden är ett exempel på en tidsbesparing för personalen. Det digitala läkarbesöket är däremot inte självklart tidsbesparande. Om läkarbesöken ökar på bekostnad av sjuksköterskebesök innebär det inte en effektivisering. Dagens virtuella utbud av KRY, Min Doktor eller Doktor 24 har fokuserat i alltför hög grad på det digitala ”läkarbesöket”. Om det digitala läkarbesöket i stället beskrivs som ett telefonsamtal med bild finns en potential att förbättra kvaliteten i traditionell telefonrådgivning genom att vid behov koppla in bildöverföring. Digitala ”besök” är ett verktyg för fler personalkategorier än läkare, till exempel sjuksköterskor och paramedicinare, vilket bör utvecklas i Region Uppsala.

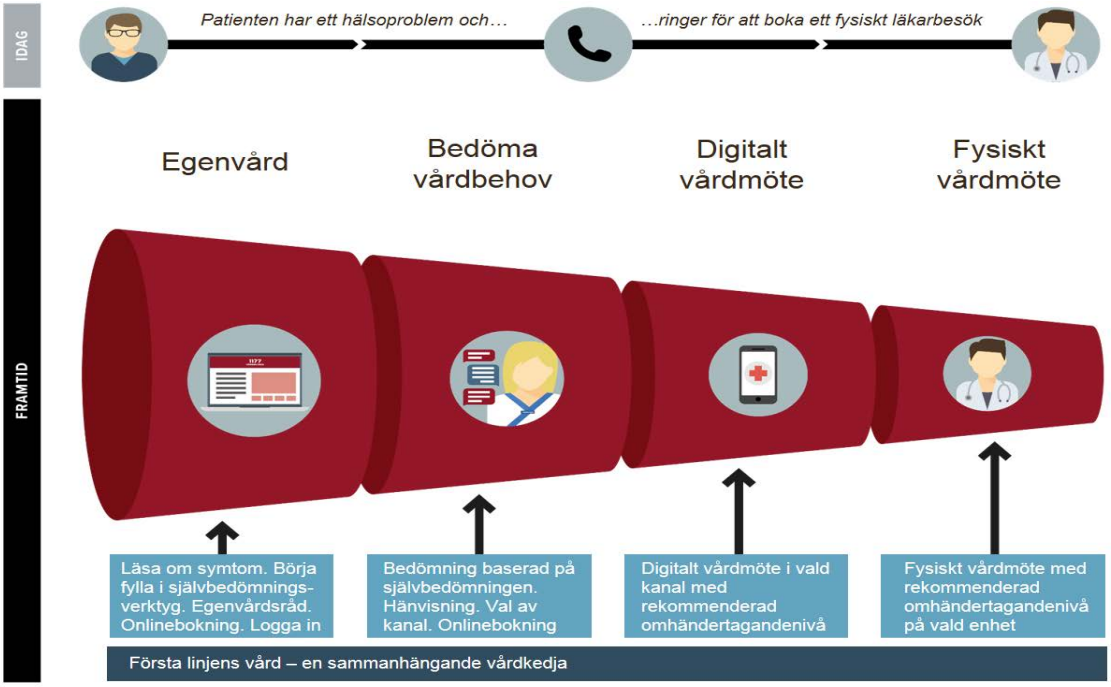
Region Uppsala har tagit beslut om införande av digitala videomöten som genomförs 2018-2019 för att utveckla en nära och tillgänglig vård som också erbjuder kontinuitet eftersom det digitala vårdmötet blir en del av patientens vårdkedja (dnr VS2017-0083).

Den digitala utvecklingen har redan medfört nya verktyg till patientens hjälp. Journal via nätet där Region Uppsala har intagit en ledande roll är ett exempel på ett verktyg som patienten i ökande utsträckning kan nyttja för egenvård. Appar som håller ordning på mätvärden finns redan. I ökande utsträckning och med användning av AI (artificiell intelligens) kan digitala tjänster stödja självtriagering och dosera läkemedel. Precis som bilen numera själv indikerar servicebehov kommer appen att indikera när det är dags för besök i vården.

En framtida möjlighet kan vara att erbjuda hälsoabonnemang liknande frisktandvårdsabonnemang där individen via sin i-watch kan följa sina hälsoparametrar och få signal om när det är dags att kontakta vårdcentralen. Inom en femårsperiod bör hemmonitorering, det vill säga att patienten själv mäter och sänder uppgifter om sina vitalparametrar till vården, erbjudas patienter som lever med kronisk sjukdom. Effektiviseringspotentialen är stor, inte minst med tanke på att cirka 80 procent av vårdens resurser i framtiden beräknas åtgå till kroniska sjukdomar. Antalet fysiska vårdbesök kan reduceras och ersättas med egenkontroller och digitala avstämningar.

För att få till en kedja av digitala tjänster som stödjer första linjen vård från egenvård till det fysiska besöket används en ”digital tratt” som symbol för hur individer lotsas till rätt vårdnivå (se figur 20). De allra flesta behöver stöd till egenvård via självanamnes-verktyg (AI) och möjlighet att själv administrera sin vård, exempelvis via webb-tidbokning. När allmän information inte är tillräckligt, och individen behöver ett svar utifrån sina egna symptom, kan chat-funktioner utvecklas som ett nästa steg i första linjens digitala omhändertagande. Chat-funktioner efterfrågas i dagsläget av framförallt ungdomar.

Det digitala vårdmötet är nästa steg då vårdgivaren behöver se patienten för att bedöma hens behov av vård. Det finns med andra ord många insatser som kan göras innan det direkta fysiska mötet behövs mellan vårdgivare och patient. För att stödja lotsningen av patienten till rätt nivå och samtidigt hålla ihop vårdkedjan för patienten behövs ett samordnande digitalt stöd. Flera landsting och privata utförare har börjat arbeta enligt den digitala trattens vårdkedja med stöd av ett samordnande guidningsverktyg. Region Uppsala kommer 2018-2019 att upphandla ett liknande stöd för att öka genomförandekraften av en digital ingång till hälso- och sjukvården.



Figur 20. Den digitala tratten – en sammanhängande vårdkedja, Inera, 2017

Digitalisering utgör en viktig infrastruktur för att samordna vården för patienten. Region Uppsala har kommit långt med gemensamt journalsystem för alla vårdgivare. Med siktet inställt på 2030 behöver även en given digital infrastruktur finnas mellan kommunerna och Region Uppsala. Det innebär att dialogen om hur det ska realiseras behöver intensifieras med länets kommuner.

Ytterligare en potential att nyttja AI (artificiell intelligens) och att effektivisera en ändamålsenlig och kunskapsbaserad vård är att utveckla fler lättillgängliga kliniska beslutsstöd för personalen. Idag finns en integrerad del i journalsystemet Cosmic som larmar om en patient med diagnosen förmaksflimmer saknar behandling med antikoagulantia. Funktionen bygger på AI och utgår ifrån internationellt etablerade behandlingsrekommendationer. Utvecklingsarbetet behöver intensifieras för att stödja fler diagnosområden och behandlingsrekommendationer.

6.3 Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling

En viktig insikt är att det är i vårdens vardag som den stora omställningen till en effektiv och nära vård ska ske i praktiken. Förändringar som testas och etableras behöver utgå från patienternas perspektiv och befolkningens behov för att förbättra resultaten och öka värdet.

Region Uppsala har redan en stark kunskapskultur, men kompetensen kring omsättning av kunskap och strukturer för systematiskt förbättringsarbete och förnyelsearbete är inte lika framträdande och saknas i vissa fall. Det finns mycket att vinna på att stärka strukturer och kompetenser för hur kunskap omsätts i praktiken. Ett arbete för att bli bättre på att bli bättre.

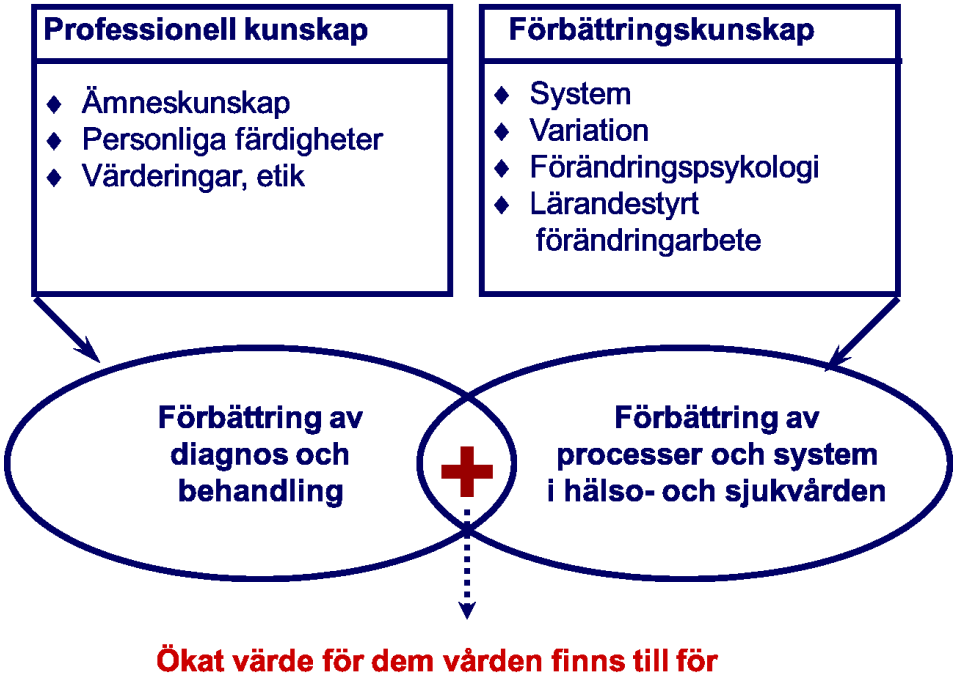
Förslag

- Initiera ett regiongemensamt program för att bli bättre på att bli bättre. Ge regionkontorets hälso- och sjukvårdsavdelning i uppdrag att driva arbetet tillsammans med samtliga hälso- och sjukvårdsförvaltningar och inkludera privata aktörer på ett relevant sätt
- Dagens programrådstruktur utvecklas för att matcha den nationella strukturen och det behov som finns för andra områden (se bland annat avsnittet om specialistinsatser i den nära vården). Arbetet bör ske i samverkan med länets kommuner i de delar som berör bägge huvudmännen
- Säkra primärvårdens inflytande i programrådsstrukturen
- Regionkontorets hälso- och sjukvårdsavdelning och HR-avdelning får i uppdrag att utveckla ledarskapsstöd utifrån ledares behov med fokus på kompetens i förändrings- och förnyelseledning

6.3.1 Aktivt teambaserat patientprocessarbete

En viktig insikt är att det är i vårdens vardag som den stora omställningen till en effektiv och nära vård ska ske i praktiken. Förändringar som testas och etableras behöver utgå från patienternas perspektiv och befolkningens behov för att förbättra resultaten och öka värdet.

Alla som arbetar i hälso- och sjukvård har två uppdrag, dels att göra sitt ordinarie arbete och dels att utveckla det arbete och det system som personalen verkar i. Förbättringskunskapens fyra områden är bra utgångspunkter (se figur 21).



Figur 21. Professor P Batalden & P Stoltz 1993, Socialstyrelsens föreskrift God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, 2006

Ett aktivt teambaserat patientprocessarbete är grunden för ett systematiskt förbättringsarbete. Resultatet för patienterna behöver ständigt återkopplas, analyseras och diskuteras för att sedan initiera teamarbete för förbättringar och för att minska oönskade variationer. Genom att testa nya arbetssätt och processer sker ett kontinuerligt lärande med fokus på resultaten för patienterna. Det kräver i sin tur att kompetens och metoder systematiskt byggs upp för hur förbättringar sker i vårdens vardag, genom samskapande (co-production) mellan vårdens olika professioner och patienter och anhöriga. Detta innebär i praktiken att det inom varje verksamhet behöver finnas arbetssätt för ständiga förbättringar utifrån resultaten för patienterna och där patienter aktivt involveras i arbetet.

I dialoger som förts under arbetet med olika verksamheter och professioner framkommer att det idag till stor del saknas dialogytor och forum där samtliga berörda aktörer möts över gränser för att lösa vårdens praktiska problem för patienterna eller arbetar tillsammans med förbättringar. Det finns behov av fortlöpande samtal om vem som gör vad och vilken som är den bästa omhändertagande nivån, BEON, för en viss patientgrupp. Det handlar om hur specialistkompetens inom alla professioner blir tillgänglig för den mer nära vården.

Ett sådant gränsöverskridande arbete kan också driva utvecklingen av det patienten kan och vill göra själv och stöd för egenvård. Det blir naturligt att involvera patienter och deras närstående i arbetet och ger möjlighet att stärka tilliten mellan patienter och deras anhöriga och vårdens professioner.

I Region Uppsala pågår redan patientprocessarbete inom bland annat värdebaserad vård på Akademiska sjukhuset, inom den offentliga primärvården och i det regionövergripande arbetet med programråd. Det ger en god bas att bygga vidare på, men för att få effekt behöver kompetens och strukturer i förbättringskunskap etableras parallellt. Då kan sammanhållande patientprocesser, som utgår från patientens behov, utvecklas över verksamhets- och organisationsgränser och få större genomslag i praktiken. Detta ger också möjlighet att ensa och rensa den information som behöver flöda mellan olika processteg. En strukturerad vårddokumentation är en förutsättning för att förbättra återkopplingen av resultat till vårdens verksamheter och team.

I en effektiv och nära vård är primärvården basen och står därför i centrum av förändringen. Det blir därför strategiskt viktigt att stärka primärvårdens utvecklingsförmåga och förnyelsekraft på flera sätt. Myndigheten för vårdanalys rapport En primär angelägenhet, 2017 har tre rekommendationer varav en är att stärka primärvårdens utvecklingskraft och skapa förutsättningar för lärande. I Region Uppsala har detsamma konstaterats i arbetet med primärvårdens roll i framtidens hälso- och sjukvård.

I detta sammanhang blir det relevant att nämna att primärvården under 2017 för första gången fått tillgång till de kliniska resultaten för patienterna genom PrimärvårdsKvalitet. Nationellt kliniskt kunskapsstöd är ett gemensamt sätt i Sverige att tillhandahålla primärvårdens medarbetare bästa tillgängliga kunskap. Att samtidigt stärka förmågan och kompetensen för förbättringsarbete kommer att vara strategiskt viktigt.

6.3.2 Kunskapsstyrning

Den viktigaste förändringen är alltså den som sker i vårdens vardag. Vårdens värde skapas i teamet tillsammans med patienten och dennes anhöriga. Stödet och styrningen från alla andra delar och nivåer i vårdens organisation behöver också utvecklas för att på bästa sätt stötta den förändringen och det värdeskapandet, genom en utvecklad kunskapsstyrning.

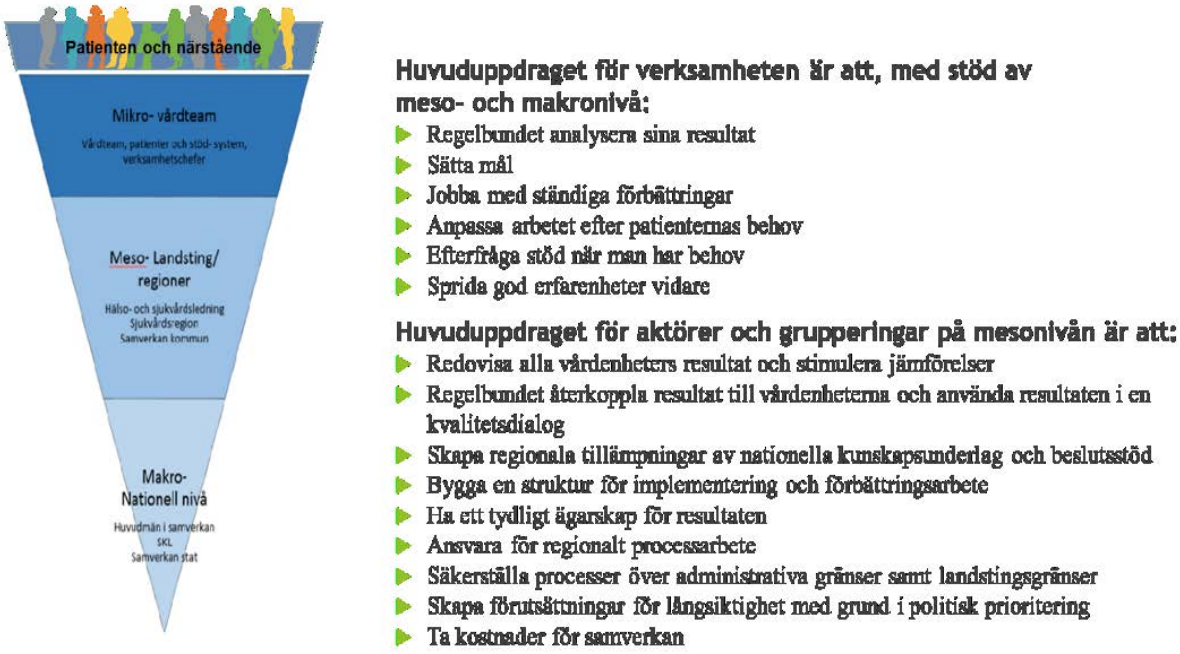
Utgångspunkten är att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte och kontakt mellan vårdpersonal och patient. Kunskapsstyrningen är den infrastruktur som bidrar till att utveckla ett lärande system och har delkomponenterna kunskapsstöd, stöd till uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. I praktiken handlar det om att ha styr-, stöd- och ledningsprocesser som utvecklar, samordnar och sprider användning av bästa möjliga kunskap i syfte att förbättra resultaten för patienterna.

Under 2017 har Sveriges landsting och regioner antagit en gemensam vision - Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa – Tillsammans gör vi varandra framgångsrika, och bestämt sig för att utveckla en gemensam nationell struktur för kunskapsstyrning. (Sveriges kommuner och landsting, 2017) Det gemensamma ställningstagandet syftar till att få ökat fokus på omsättning av kunskap än som hittills att producera kunskapsunderlag. De kunskapsunderlag som nu ska tas fram ska vara användarvänliga och lättillgängliga när vårdens professioner och patienter behöver dem, gärna i en intelligent form av beslutsstöd. Patientmötet ska sedan kunna följas upp och analyseras på såväl individ som gruppnivå.

Region Uppsala har mycket att vinna på att ha en hög ambition vad gäller återkopplingen av patienternas resultat för att underlätta förbättringsarbetet.

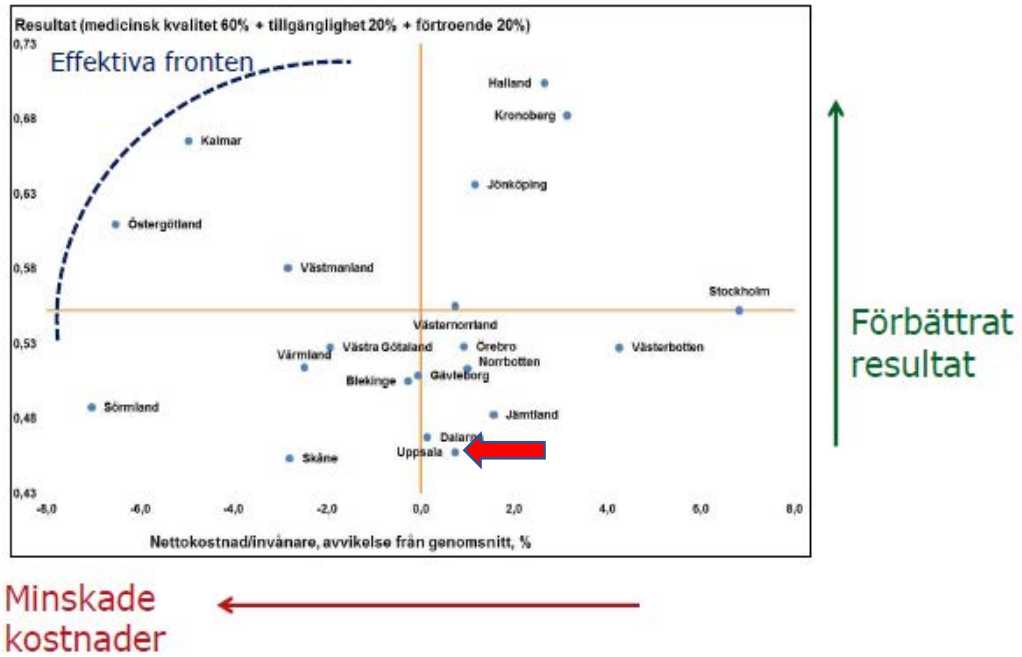
Den gemensamma nationella satsningen på kunskapsstyrning handlar om att skapa ett lärande och stödjande system för hälso- och sjukvården där:

- Bästa tillgängliga kunskap används i varje enskilt patientmöte
- Patientmötet följs upp och analyseras på såväl individnivå som på gruppnivå
- Ny kunskap snabbt kan omsättas, och ny kunskap genereras och systematiseras
- Identifiering och prioritering av nya förbättringsområden tillsammans med patienten är en del av vardagen
- Det är enkelt att arbeta kunskapsbaserat



Figur 22. Samspel för ökad kunskapsstyrning mellan mikrosystem och mesosystemnivån. Bilden ingår i rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning, Sveriges kommuner och landsting, 2017

Figuren ovan illustrerar hur olika nivåer i vårdens organisation har olika roller och behöver samspela i fungerande kunskapsstyrning. Region Uppsala har mycket att vinna på att ta stöd i det nationella arbetet och samtidigt utveckla sin roll på den egna ledningsnivån, ibland kallad mesonivån, för att bättre samspela och stödja mikrosystemen där vårdens värde skapas. Detta är ett långsiktigt arbete som kan ge stora utväxlingar i resultaten för patienterna. Liksom i de landsting/regioner (Jönköping, Kalmar, Östergötland) som ofta ligger högt i resultaten för patienterna i nationella jämförelser kan Region Uppsala stärka kompetensen kring omsättning av kunskap och strukturer för systematiskt förbättringsarbete. De landsting som har goda resultat rörande kvalitet har också lägre kostnader.



Figur 23. Hälso- och sjukvård och övergripande effektivitet, sambandet mellan resultat och kostnader, Sveriges kommuner och landsting, 2016

Region Uppsala har redan en stark kunskapskultur, men kompetensen kring omsättning av kunskap och strukturer för systematiskt förbättringsarbete och förnyelsearbete är inte lika framträdande och i vissa fall saknas de. Det finns mycket att vinna på att stärka strukturer och kompetenser för hur kunskap omsätts i praktiken. Ett arbete för att ”bli bättre på att bli bättre”.

En strategisk del är att få till ett sammanhållande utvecklingsstöd för primärvården/nära vårdens utveckling och innovation. För att bli effektivt behöver utvecklingsstödet anpassas utifrån lokala behov och utmaningar. Idag är stödet mer uppbyggt utifrån vad som ska förbättras än utifrån de samlade behov som en vårdcentral har av utvecklingsstöd. Tänk dig en vårdcentral som har lite mer än näsan över vattnet och där de identifierat följande:

- *”Många av våra listade är sjukskrivna för psykisk ohälsa, de flesta av dessa är kvinnor. Vi har långa köer för första bedömning.”*
- *”Vi har inte tidigare jobbat systematiskt med förbättringsarbete och ledningsgruppen funderar på om vi kommer att klara av detta.”*

Vart ska denna vårdcentral vända sig? Det finns idag separat stöd för psykisk ohälsa, hälsofrämjande sjukdomsförebyggande, rehabilitering vid sjukskrivning, patientsäkerhet, e-hälsa, tillgänglighet etc. Verksamheterna behöver stöd från flera sakområden och samtidigt kunna bygga upp sin kompetens i förändringsledning. Idag skiftar kompetens och erfarenhet i ledning och stöd för förbättringsarbete i såväl verksamheter som stödfunktioner.

Det behöver finnas en struktur och ett strategiskt stöd för förbättring och förnyelse för primärvården för att klara omställningsarbetet och utgå från behov i befolkning och patienter.

6.3.3 Kompetens och kapacitet för förändrings- och förnyelseledning

Ledarskapets roll under en omställning som den till effektiv och nära vård kan inte överskattas. Kompetens och kapacitet för förändringsledning där resultatet för patienterna är i fokus samt att leda och driva utveckling i komplexitet är kunskapsområden som behöver stärkas på alla nivåer i Region Uppsala.

Chefer och ledare behöver var engagerade i resultaten för patienterna och ständigt efterfråga och föra dialog om dem. Det kan ske genom att sätta tydliga patientfokuserade mål och sedan systematiskt följa upp och ge återkoppling. De handlar även om att skapa förutsättningar för systematiskt förbättringsarbete och innovation.

Hälso- och sjukvården är ett komplext system med många aktörer som samtidigt har olika huvudmän. För att leda systemet behöver delarna samspela. Resultatet och värdet av helheten är en konsekvens av samspelet mellan delarna - inte summan av delarna. I komplexa system bör stor frihet ges i valet av angreppssätt och genomförande. De olika aktörerna kan välja att göra på många olika sätt, och ända nå målen.

Kompetens i förändringsledning stöttas idag främst inom vissa insatsområden exempelvis patientsäkerhet och genom e-tjänstelyftet. Det krävs ett genomgripande stöd för förändringsledning som en del av ordinarie stöd för chefer och ledare, inte bara stödkopplat till särskilda utvecklingsinsatser.

Det finns idag andra möjligheter än tidigare att driva utveckling, till exempel genom att använda digitala arenor för att knyta ihop olika förbättringsnätverk eller involvera patienter och invånare. Ledarskap för att förnyelse handlar också om att prova saker som kanske inte alltid lyckas, att våga misslyckas för att nå kunskap och utveckling. Det kan bland annat ske genom att ge utrymme och stöd för innovatörer i organisationen, att bättre ta vara på ”vårdens radikaler”.

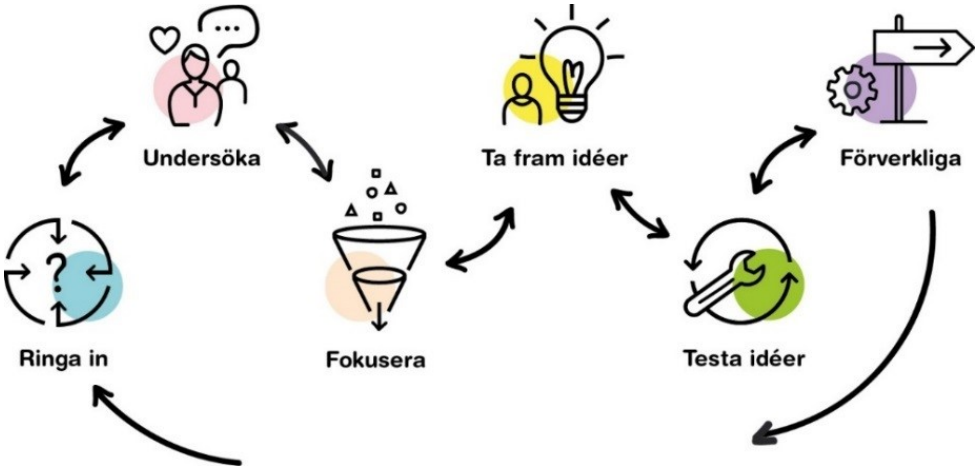
6.3.4 Tjänsteutveckling och innovationsstöd

Hälso- och sjukvården är i sin grund inte en produkt utan en tjänst. Vård är ingenting som ges utan vårdens resultat är summan av vad såväl vården som patienten gör tillsammans. Resultatet för patienten är det vården åstadkommer tillsammans med patienten. Det gör att tjänsteinnovation och servicedesign är centralt i hälso- och sjukvårdens utveckling.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) har tillsammans med en forskargrupp undersökt behov och beteenden i kontakt med vården bland den svenska befolkningen (referens). Resultatet kan delas in i fyra grupper. Syftet är inte att dela in människor i fack, utan att verksamheten ska utformas för att möta olika gruppers behov på ett bättre sätt än tidigare. Detta synsätt kan ge inspiration och sätter ord på den tysta kunskap som vårdens medarbetare har. Här finns en drivkraft för nytänkande och innovation att ta tillvara på.

Figur 24. Fyra grupper av behov och förväntningar, Sveriges kommuner och landsting, 2017

Innovationsmetodik såsom servicedesign hjälper till att hitta nya sätt att tänka och få en djupare förståelse för vad som skapar värde för befolkning och patienter. Metoderna utgår från användarens behov och upplevelser men lyfter också fram medarbetarnas och utförarnas perspektiv på utmaningarna. Metoderna fokuserar på att förstå och skapa empati för de som berörs av en utmaning. Det ger insikter om invånarnas verkliga behov. Alla arbetar tillsammans i en kreativ och engagerande process och tar tillsammans fram idéer och testar om de fungerar. Processen gör det lättare att fokusera på att lösa ”rätt” problem och sluta göra det som inte efterfrågas.



Figur 25. Innovationsguiden, Sveriges kommuner och landsting, 2017

I Region Uppsala finns en struktur med kompetens för innovation, Innovation Akademiska. Här finns potential att fortsätta bygga kompetenser och kapacitet även för tjänsteinnovation. Under 2018 drivs också ett projekt – innovationsguiden – i samarbete med Uppsala Kommun med fokus på primärvård/nära vård.

6.4 Kompetensförsörjning och nya kompetenser

En effektiv och nära vård 2030 innebär att vårdens professioner kommer ha delvis nya arbetssätt än idag. Det innebär att vem som gör vad kommer att komma att ändras. Region Uppsala behöver förbereda för att ta in nya kompetenser i den framtida vården. En större andel av den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) behöver ske utanför sjukhusen för samtliga yrkeskategorier. Kärnkompetenserna behöver utvecklas för alla professioner, exempelvis personcentrerad vård, samverkan i team, förbättringsarbete, digitala arbetsmiljöer. Ett annat viktigt område är rekrytering av ledare och chefer i förbättringskompetens samt vidareutbildning av befintliga ledare och chefer.

Förslag

- Regionkontorets hälso- och sjukvårdsavdelning och HR-avdelning får i uppdrag att inleda en framtidsdialog med professionsföreningar och fackliga förbund
- Regionkontorets HR-avdelning får i uppdrag att aktivt driva på utvecklingen av verksamhetsförlagd utbildning utanför sjukhus.
- Omgående starta ett arbete med att utbilda, vidareutbilda och kompetensutveckla befintlig personal i teamkompetens och teamarbete för att möjliggöra förändrade arbetssätt i framtiden

Vem som gör vad kommer sannolikt att ändras och utvecklas i den framtida nära vården. Vad kommer den digitala kollegan i teamet att ha för roll och hur påverkar det arbetsuppgifter för de övriga som ingår i teamet? Brister på vissa kompetenser eller andra förutsättningar kan också komma att bidra till utvecklingen av nya arbetssätt och roller. Andra saker som kan påverka arbetssätten är inriktning mot att samtidigt ta hand om både den psykiska och fysiska hälsan eller att primärvården får ett mer hälsofrämjande uppdrag.

Ett gott exempel på en sådan omställning finns inom tandvården som sedan många år tillbaka har genomfört nya arbetssätt (kompetensväxling) så att tandhygienisterna idag ansvarar för arbetsuppgifter som tidigare utfördes av tandläkare. Tandvården har också gått från ett mer reaktivt arbetssätt till att arbeta mer förebyggande med ett lyckat resultat. Förändrade arbetssätt och kompetensväxling bör utvecklas vidare i framåtsyftande dialogform med fackliga- och andra professionsföreträdare tillsammans med representanter från Region Uppsala.

De kompetenser och roller som behövs i framtidens effektiva och nära vård kan vara helt andra än idag. I South Central Foundation i Alaska har exempelvis en koordinerande funktion inrättats som ingår i huvudteamet kring patienten. Utifrån behoven etableras redan idag nya funktioner, som rehabiliteringskoordinatorer och samordningssjuksköterskor (i andra landsting). Exempel på kompetenser som till exempel inte tidigare fanns inom primärvården i Region Uppsala är psykologer, kuratorer och apotekare.

Kärnkompetenser, det vill säga kompetenser som behövs oavsett professionstillhörighet, har beskrivits gemensamt av flera nationella professionsföreningar, som också verkar för att de kommer med i grundutbildningarna. Dessa kärnkompetenser är bland annat personcentrerad vård, samverkan i team och förbättringskunskap. På senare tid lyfts även förmågan att arbeta i nya vårdmiljöer med digitala verktyg.

Kompetensen att arbeta i team och dessas roll i relation till patienter som ofta vill och kan vara aktiva medskapare, kommer att vara avgörande i en kontinuitetsbaserad vård. South Central Foundation i Alaska bygger sin relationsbaserade vård kring tvärprofessionella vårdteam.

Figur 26. Bilden är en fri översättning till svenska benämningar och visar hur South Central Foundation i Alaska fördelat kompetens och resurssatt sina vårdteam närmast befolkningen

Det tvärprofessionella perspektivet på vården stärks alltmer. I delbetänkandet God och nära vård föreslås en mer behovsbaserad vårdgaranti för samtliga legitimerade yrkesgrupper i primärvården. Kontakt med vårdcentralen ska fortfarande fås samma dag, men den medicinska bedömningen ska vara genomförd av legitimerad yrkesgrupp inom tre dagar. Denna medicinska bedömning kan baseras på ett fysiskt besök eller en distanskontakt såsom ett digitalt vårdmöte eller en telefonbedömning. En sådan förändrad vårdgaranti skulle innebära både en utmaning och en möjlighet att nyttja kompetenser mer relevant.

I framtidens effektiva och nära vård kommer patienterna i större utsträckning att finnas utanför sjukhusen. Det innebär att en större andel av den verksamhetsförlagda utbildningen kommer att förläggas där för alla yrkeskategorier. Genom fortsatt utveckling av akademiskt primärvårdscentrum och en utvecklad vårdstruktur med bland annat vårdcentrum kan detta förberedas väl.

Chefer och ledare med förbättringskompetens behöver rekryteras systematiskt för att klara den transformation av vården som ska till för att bli effektiv och nära. Region Uppsala behöver aktivt stärka och stödja befintliga chefer och ledare i denna kompetens.

Ett hinder för omställningen till en effektiv och nära vård 2030 kan vara tillgången till bristyrken, främst inom primärvården, som ska utvecklas till basen i den nära vården. Detta handlar framförallt om specialister i allmänmedicin och distriktssköterskor.

6.5 Forskning för en god och nära vård

I Uppsala finns en lång och framgångsrik tradition av klinisk forskning, som främst utgått från specialistvården som bedrivs på sjukhus. I framtiden kommer betydligt fler patienter diagnostiseras och behandlas i den nära vården och därför behöver möjligheten till forskning där patienterna finns säkras och stärkas.

Förslag

- Löpande uppföljning och eventuell komplettering av finansiering av akademiskt primärvårdscentrum samt akademiska vårdcentraler
- I samarbete med kommunerna utreda möjligheterna att starta ett akademiskt särskilt boende/hemsjukvård
- Etablera samarbete med forskningsmiljöer för policyforskning och förbättringsvetenskap
- Region Uppsala bjuder in forskarmiljöer för framtida följeforskning av omställningsarbetet till en effektiv och nära vård

För en forskningsintensiv region som Uppsala är det av största vikt att det samlade sjukvårdssystemet ska vara tillgängligt för forskning och därmed betraktas som ett akademiskt sjukvårdssystem. Alla patienter som söker vård i Region Uppsala ska utgöra en potentiell källa för forskning. Ett stöd för att möjliggöra det är ett aktivt deltagande i befintliga kvalitetsregister.

Under 2018 har primärvårdsdirektören fått i uppdrag att bygga ett akademiskt primärvårdscentrum med två tillhörande akademiska vårdcentraler för att stärka framtida forskning, utveckling och utbildning. Idag finns en budgetram på fem miljoner kronor och diskussion pågår att öka den för att förstärka verksamheten. Erfarenheter från andra regioner och landsting som inrättat akademiska vårdcentraler visar att det behövs en långsiktig investering för att forskningsmiljön ska växa och attrahera externa forskningsanslag. Det innebär att Region Uppsala löpande behöver följa upp om finansieringen till en akademisk uppbyggnad av primärvårdsforskning är tillräcklig eftersom extern finansiering bygger på att forskningsmiljön har tillräckligt stor volym.

Det statliga stödet till klinisk forskning genom ALF-medel är ett exempel. Idag bygger fördelningen av ALF-medel i ALF-region Uppsala på den befintliga volymen av forskningsaktiviteter, det vill säga antalet examina, vetenskapliga publikationer och erhållna externa forskningsmedel som en verksamhet uppnått samt vilken forskningsstödjande struktur en verksamhet har. Med forskningsstödjande struktur menas närvaro av forskande personal, allt från doktorander till professorer. En forskningsmiljö under uppbyggnad är därför beroende av andra medel innan dessa forskningsaktiviteter och strukturen kan presenteras. Under 2017 fördelades av den anledningen enbart två miljoner kronor till primärvården av totalt 210 miljoner kronor fördelade ALF-medel till regionen.

En annan dimension av primärvårdsforskning är att det är andra populationer och perspektiv som studeras i förhållande till forskning som bedrivs på ett universitetssjukhus. Exempelvis är hälsofrämjande insatser av stor relevans att studera. Diagnoser och sjukdomar på primärvårdsnivå kan te sig annorlunda än inom specialiserad vård. Exempelvis kan depression vara livshotande på specialistnivå, men något som behöver hanteras i ett vardagsperspektiv på primärvårdsnivå.

Helhetsperspektivet är mer påtagligt för dem som arbetar och studerar på primärvårdsnivå. Exempelvis diagnosticerar, behandlar och studerar en kardiolog sjukdomen hjärtsvikt medan allmänspecialistkollegan bedömer och studerar hjärtsvikt som en av flera av patientens diagnoser. Primärvårdsforskningen bidrar därför med ett komplementärt kunskapsperspektiv i förhållande till forskning som bedrivs på ett universitetssjukhus. Det innebär att vetenskapliga frågeställningar behöver formuleras annorlunda och den vetenskapliga inriktningen och kompetensen behöver en annan bredd på primärvårdsnivå.

Den här utredningen tydliggör behovet av att stärka den nära vården, bland annat genom tillkomsten av vårdcentrum. Den pågående utvecklingen att etablera primärvårdsforskning behöver då kopplas ihop med den utflyttade specialistvården som kommer att ske i den nära vården. I ett vårdcentrum kommer de olika slutenvårds- och primärvårdsperspektiven att mötas, vilket skapar en potentiell kreativ arena för nya forskningsperspektiv. För att kunna skapa det mötet behöver först ett akademiskt primärvårdscentrum etablera sig för att sedan i nästa steg ta klivet att samordna sig för forskning som bidrar med kunskap för en effektiv och nära vård.

Ett akademiskt systemtänkande innebär att alla möten i vården utgör en potentiell källa för patientnära forskning. En växande del av hälso- och sjukvården utförs i kommunerna. Det är angeläget att även denna del av vården ingår i ett akademiskt sjukvårdssystem. Utredningen föreslår att tillsammans med kommunerna utreda möjligheterna för ett akademiskt särskilt boende eller akademisk hemsjukvård. Region Uppsala med närhet till Uppsala universitet borde ha mycket goda förutsättningar att vara bland de första i landet som inrättar en akademisk hemsjukvård. Forskning knuten till särskilt boende och/eller mobila team kan innehålla såväl medicinska som sociala och beteendevetenskapliga komponenter.

”Det är framförallt social forskning som har en svag koppling och behöver satsas på. Medel går att styra. Vi borde kräva att det ska vara tvärvetenskapligt eller ha social koppling.” (Röst från nämnden för kunskapsstyrning)

Omställningsarbetet för en effektiv och nära vård där sjukhusets specialister kommer att möta vårdcentralens och kommunens medarbetare är värt att studera i termer av förbättringsvetenskap. Vad ställer mötet för krav på kulturförändring, professions-förskjutningar och praxis? En ökad samskapad vård mellan professionell utövare och patient och dess anhöriga är också viktigt att studera för att öka kunskap om hur involvering och delaktighet kan öka kvaliteten av vården. Effekter av utökad egenvård med stöd av digitala verktyg är ett spännande område som behöver studeras.

Omställningsarbetet väcker även frågor inom policyforskning. Vilka konsekvenser uppstår av förändrade ersättningsmodeller i relation till målet att uppnå en jämlik vård? Gör invånarna informerade val i sin ”egenstyrning” av vården? Kan nya styrmodeller uppnå ett mer tillitsbaserat hälso- och sjukvårdssystem? Hur slår det fria vårdvalet i förhållande till hälsouppdrag och områdesansvar?

Region Uppsala kommer att bjuda in forskarmiljöer till dialog om hur ett framtida samarbete kan etableras för att studera det kommande omställningsarbetet mot en effektiv och nära vård. Följeforskning under omställningsprocessen kan bidra med lärdom under resans gång.

6.6 Utvecklad styrning och uppföljning

6.6.1 Invånarperspektiv

Invånarna i länet är i egenskap av skattebetalare vårdens yttersta uppdragsgivare. Invånarna styr också vården i samband med listningen vid en vårdcentral inom ramen för valfrihetssystemet.

Förslag

- Av kontinuitetsskäl bör listning i första hand ske på läkare, men vikten av teamkontinuitet måste betonas särskilt
- Den nyligen inrättade listningen för invånare som inte aktivt listat sig behålls enligt nuvarande modell
- Utveckla informationen till länets invånare
- Utifrån ett arbetsmiljöperspektiv bör ett listningstak övervägas på sikt och antalet val maximeras till två val per kalenderår och invånare för att ge hälsocentralerna rimliga planeringsförutsättningar

När det gäller den nära vården utövas styrningen främst genom vårdvalet för vårdcentralerna. Genom att välja vårdcentral listas patienten idag på själva mottagningen och på vissa vårdcentraler kan individen lista sig på enskilda läkare. Från och med 2018 sker även listning av invånare som inte aktivt listat sig.

Utredningen föreslår genomgående listning på läkare. Kontinuitet är en av de absolut viktigaste faktorerna för att åstadkomma en god och effektiv nära vård och ett system som listar på individuella läkare skulle bättre kunna tillgodose kravet på kontinuitet. Dessutom tyder mycket på att invånarna önskar kunna identifiera ”min doktor”. Länder i vår omgivning som har betydligt effektivare primärvårdssystem med bättre tillgänglighet har genomgående listning på läkare. Kontinuitet är självklart mest betydelsefullt för patienter med kroniska sjukdomar, men utredningen önskar framhålla att kontinuitet är en effektivitetsfaktor även för sällanbesökare och de flesta sällanbesökare blir förr eller senare mer frekventa besökare. Att då ha en redan etablerad relation är en kvalitetsfaktor. Under en period framöver kommer dock inte behovet av fast läkarkontakt för alla kunna tillgodoses och då bör personer med komplexa behov prioriteras.

Utredningen önskar dock framhålla att kontinuitet handlar om teamkontinuitet. Kontinuitet har lika stor betydelse för alla yrkesgrupper; sjuksköterskor, sekreterare, psykologer, kuratorer, fysioterapeuter med flera. Att vara listad på läkare innebär ingen garanti för att det är just läkaren som patienten får kontakt med. Patienten får kontakt med någon i teamet, och vem det blir är upp till teamet och utifrån valt arbetssätt att avgöra. Den tilliten till vårdens anställda bör finnas istället för att detaljstyra vem patienten får kontakt med i olika situationer.

Listning för invånare som inte gjort ett aktivt val föreslås behållas enligt nyligen inrättad modell. Region Uppsala bör dock aktivt med informationsinsatser påverka invånarna att lista sig. Sjukvårdsystemet blir effektivare med en hög aktiv listningsnivå. Region Uppsala behöver utveckla invånarnas underlag för val. Ett transparent underlag för val påverkar förtroendet för vården positivt. Det kan handla om tillgänglighet, geografisk belägenhet, kompetens och närliggande andra sjukvårdsinrättningar med mera. Det har ofta framförts önskemål om medicinska resultat som underlag. En svårighet är att det statistiska underlaget på hälsocentralsnivå ofta är för litet för att ge signifikanta skillnader. Dessutom påverkas resultaten av faktorer som exempelvis socioekonomi, som vården har svårt påverka. Det finns behov av att utveckla informationen till invånarna om vägar in i vården och om hur systemet ser ut och fungerar.

En fråga som tagits upp av flera aktörer är huruvida invånarna fritt ska kunna lista om sig. Utredningen anser att det finns skäl att begränsa antalet omval. Hälsocentralerna behöver goda planeringsförutsättningar och ständig omlistning motverkar detta även om det rör sig om ett fåtal individer. Omlistning åstadkommer dessutom ökad administration. En god och effektiv nära vård bygger som tidigare framhållits på ett fungerande samspel mellan patienten och personalen. Det är rimligt och i invånarnas intresse att personalen har rimliga planeringsförutsättningar, samtidigt som vissa krav även skulle kunna ställas på invånarna/patienterna. På sikt anser utredningen att max två val per kalenderår är en rimlig nivå. Rimliga förutsättningar handlar också om listningstak. Av samma skäl som angivits för omlistning talar starka skäl för listningstak. Utredningen har dock inte haft möjlighet att analysera lämplig nivå. Troligen krävs ett successivt införande i takt med ökad tillgång till allmänläkare och en alltmer utbyggd primärvård.

6.6.2 Övergripande styrning och uppföljning

För att kunna uppnå en effektiv och nära vård i framtidens Region Uppsala behöver styr- och ledningssystem utformas på ett sådant sätt att det underlättar och ger förutsättningar för den nya nivåstruktureringen att utvecklas och fungera. Det regionövergripande analys- och uppföljningsarbetet behöver stärkas och utvecklas för att kunna följa att målbilden för en effektiv och nära vård 2030 successivt uppnås.

Förslag

- Grunden för uppföljningen av den nära vården bör vara dialogbaserad
- Utveckla det övergripande analys- och uppföljningsarbetet kring befolkningsprognoser och hälsoläget i befolkningen
- Ta fram systemindikatorer i samverkan med kommunerna
- Utveckla principerna för en mer tillitsbaserad styrning. Utse person i central förvaltning med uppgift att slå vakt om principerna för tillitsbaserad styrning.
- Ett pragmatiskt utformat ”mjukt” remisskrav till sjukhusens akutmottagningar bör införas när akutverksamheten inom den nära vården är fullt utbyggd.
- Följa den nationella utvecklingen och utvärderingen avseende avgiftsfrihet till primärvården.

Enligt Tillitsdelegationen (dir. 2016:51) syftar en mer tillitsbaserad styrning och ledning till att öka kvaliteten i offentligt finansierade tjänster genom att öka tilliten till brukare och brukarmötande yrkesgrupper. De metoder som används har utvecklats som svar på en växande kritik mot utvecklingen i den offentligt finansierade välfärdssektorn under senare år, bland annat en växande administrativ börda, stelbenta strukturer och en arbetsdelning och formalism som gör det svårt att hjälpa medborgare med komplexa behov.

Dagens detaljstyrning har troligen till stor del uppkommit via en omsorg om skattebetalarnas pengar och med anledning av bristande kvalitet i vissa fall. Ledningen har önskat att ge vårdgivarna incitament att göra rätt och dessutom incitament till kostnadskontroll. Ordet kontroll har blivit viktigt, men medfört känslan för vårdpersonalen att Region Uppsala saknar tillit för utövarna. Givetvis behöver kontrollfunktionen uppfyllas enligt kraven i kommunallagen. Kontrollen är även viktig för invånarna då den ska säkerställa att vårdgivarna följer lagar och regler samt att den medicinska kvaliteten är tillräcklig. Även patientsäkerheten behöver säkerställas, liksom att vården är effektiv och att det inte förekommer ekonomiska oegentligheter.

Att i högre grad visa tillit i styrningen är en utmaning, eftersom samhället under lång tid utvecklats mot mer detaljstyrning. Nästan reflexmässigt reagerar många när nya indikatorer föreslås och nya krav ställs på rapportering när ett problem uppstår. Med invånarnas bästa sker detta även inom Region Uppsala.

Att tänka annorlunda och överlåta lösningen till personal som verkar närmast patienterna/brukarna innebär en form av kulturell omställning. Detta förhållningssätt ligger nära logiken bakom kunskapsstyrningen. Ett förslag är att utse en ”tillitsgeneral” som har till uppgift att granska alla förslag till förändringar /tillägg/kompletteringar i styrsystemen. Tillitsgeneralens uppgift blir att svara på frågan om ett förslag till förändring är förenligt med tillitsbaserad styrning.

Region Uppsala behöver ge förutsättningar för vårdgivarna att mäta och följa upp sina resultat på individ- och gruppnivå, exempelvis via Primärvårdskvalitet, samt kunna jämföra sig sinsemellan. Att ta bort vissa detaljerade uppföljningskrav eller indikatorer som grund för ersättning innebär inte att vården ska mätas mindre än idag, snarast mer, men mätningarna är i första hand till för dem som arbetar närmast vården, så att de kan bli bättre på att bli bättre. Under de senaste åren har ersättningen för sjukhusvård skett genom anslag istället för diagnosrelaterade grupper (DRG) och den målrelaterade ersättningen har nästan helt tagits bort.

Utredningen föreslår att uppföljningen sker i dialogform på hälsocentralsnivå minst två gånger per år. I dialogen bör frågor kring tillgänglighet, läkemedelskonsumtion, konsumtion av medicinsk service, listade patienters slutenvårdskonsumtion, medicinska resultat med mera tas upp. Minnesanteckningar/protokoll bör föras. Denna form av uppföljning kräver medicinsk kompetens och läkemedelskompetens. Inte minst landets läkemedelskommittéer har arbetat framgångsrikt med uppföljning i dialogform. Kunskapsstyrningsutredningen har nyligen föreslagit att nuvarande läkemedels-kommittéer avskaffas och ersätts med vårdkommittéer. Utredningens förslag ligger i linje med denna utveckling.

För att kunna följa upp och analysera om målbilden för en effektiv och nära vård 2030 successivt uppnås behöver analys- och uppföljningsarbetet systematiskt vidareutvecklas. Bland annat behöver behovsprognoser för befolkningstillväxt och vårdbehov tas fram och göras användarvänligt till de lokala aktörer som möter invånarna och patienterna. Inom ramen för projektet har en behovsanalys påbörjats, men ytterligare utvecklingsarbete krävs. Det är av stor vikt att resultaten av analyserna och uppföljningarna blir till ett reellt stöd åt och sprids till de verksamheter i länet som behöver ha fakta och uppgifter som underlag till de lokala insatser som behöver vidtas.

Även verktyg för att analysera hälsoläget behöver tas fram och resultaten kring hälsoläget i befolkningen behöver följas löpande. Det behövs bland annat användas i syfte att få fram prevalens för de vanligaste folksjukdomarna kopplat till respektive vårdcentral. Det kan ge en fingervisning om hur förekomsten av kroniska sjukdomar är spridda i länet och i Uppsala som tätort. Resultatet av Liv och hälsa ung 2017 samt besöksmönster och vårdkonsumtion primärvård/specialistvård är andra underlag att beakta i det fortsatta arbetet med behovsanalyser. Dessa analyser är viktiga som underlag för dialog i förankringsarbetet, såväl som beslutsstöd för lokalt hälsofrämjande arbete som för ledning och styrning på övergripande nivå.

Jämfört med många andra länder karakteriseras Sverige av försiktighet när det gäller lite hårdare och tydligare styrning som till exempel olika former av remisskrav till den specialiserade vården eller avgiftsfrihet till primärvården. Det senare finns till exempel i Danmark, som generellt anses vara ett föredöme när det gäller primärvård.

Omställningen till ett sjukvårdssystem som bygger på en effektiv och nära vård kommer sannolikt kräva tydligare styrning av invånarnas kontakter med vården. Utredningen rekommenderar därför att införa remisskrav till sjukhusens akutmottagningar när den nära vårdens akutverksamhet är utbyggd och bemannad. Utredningen bedömer att detta borde kunna ske omkring 2025 när vårdcentrum i Knivsta och Bålsta är i drift och akutverksamheten inom den nära vården därmed är fullt utbyggd. Remisskravet ska givetvis vara pragmatiskt utformat. Ambulans gäller som remiss, liksom telefon eller olika digitala kontaktvägar.

Patientavgifter används traditionellt som styrmedel. Avgifterna för vuxna till öppen vård vid sjukhusen är högre än till primärvården. Barn och patienter >85 har genomgående avgiftsfrihet. Erfarenheter tyder på begränsad effekt av avgifter som styrmedel. En orsak är sannolikt högkostnadsskyddet. Ett landsting, Sörmland, har infört avgiftsfrihet till primärvården 2017. Antalet besök steg med cirka tre procent utöver sedvanlig ökning om cirka två procent. Besöken ökade mest för kvinnor 70-80 år. Erfarenheterna är således begränsade i Sverige. Fördelen med avgiftsfrihet är att det ger ett tydligt budskap om önskad prioritering ur ett systemperspektiv. Detta behöver vägas mot nackdelar främst i form av uteblivna intäkter. Det finns all anledning att följa erfarenheterna i Sörmland och eventuella efterföljare.

En framtida målbild behöver följas upp och återkopplas till samtliga berörda, som är med och leder och driver utvecklingen. Uppföljningen behöver utvecklas och då målbilden med en mer nära vård bygger på samverkan och samspel mellan olika aktörer behöver indikatorer tas fram som speglar systemet i sin helhet och ger en bild av vilka delar i systemet som behöver utvecklas och förbättras.

Det behöver även ses över hur valfrihetssystem och upphandlingar i framtiden ska ske så att styrningen och ledningen av privata utförare kan ske på ett enkelt och effektivt sätt med tydlighet och långsiktighet för privata aktörer. Samtidigt behöver Region Uppsala som huvudman för hälso- och sjukvården i länet säkerställa att den vård som bedrivs, oavsett ägarform, ingår i ett helhetssystem för en effektiv och nära vård, där de olika delarna samspelar för invånarnas bästa och bidrar på ett långsiktigt hållbart sätt. Dessutom bedriver kommunerna en stor andel av hälso- och sjukvård och även kommunerna anlitar privata utförare, vilket innebär många olika system som ska koordineras utifrån en helhetssyn på individen och utifrån att gemensamma resurser behöver nyttjas på bästa sätt.

6.6.3 Styrning av hälsocentraler inom valfrihetssystemet

Styrningen av de framtida hälsocentralerna behöver utvecklas så att den blir basen i den nära vården. Det behövs mindre detaljstyrning och mer tillitsstyrning med stora inslag av dialog och löpande uppföljning. Dessutom behöver styrningen tydliggöra och ge förutsättningar för att aktörerna ska kunna klara sitt hälsouppdrag.

Förslag

- Hälsocentralernas styrdokument ses över i sin helhet i syfte att minska detaljstyrningen
- Ersättningssystemet behöver förenklas och successivt gå mot ökad kapitering grundat på Care Need Index (CNI)
- Några få procent kan användas för kvalitetsfaktorer kring tillgänglighet och kontinuitet
- Konstruktionen för kostnadsansvar bör ses över. Överväg som ett led i tillitsbaserad styrning minskat kostnadsansvar.
- Vissa grundläggande tillgänglighetskrav bör ställas
- Barnavårdscentrals- (BVC) och barnmorskemottagningsuppdragen (BMM) kopplas till vårdval hälsocentral
- Vårdvalet följs främst upp via dialogbaserad uppföljning

Förfrågningsunderlaget för hälsocentralerna är ett av de viktigaste styrdokumenten. På övergripande principiell nivå anser utredningen att det är viktigt att genomgående förkorta och förenkla styrdokumentet. Det behövs mindre detaljstyrning och mer tillitstyrning. I enlighet med vad som tidigare framhållits bör vikten av ett förebyggande arbetssätt framhållas. Primärvårdsuppdraget är ett hälsouppdrag. I hälsouppdraget behöver vikten av att arbeta i tvärprofessionella team över organisatoriska gränser framhållas särskilt.

Ersättningssystemet behöver förenklas och successivt gå mot ökad kapitering. Kapitering tillgodoser kravet på tillit och ger utrymme för att hitta innovativa lösningar. Hälsocentralen får en summa medel som de kan använda på bästa sätt. Kapiteringens storlek avgörs av ålder och CNI (Care Need Index). Eventuellt kan CNI behöva kompletteras med andra socioekonomiska faktorer. Kapitering har dessutom fördelen att den ger kostnadskontroll.

Andelen besöksersättning behöver därmed successivt minskas, eftersom den inte indikerar effektivitet, utan enbart produktivitet, och inte ger kostnadskontroll. Med modern teknik kommer dessutom vårdkontakter att ske på många andra sätt än genom fysiska besök och då finns risken att det uppstår en snårskog av olika ersättningsnivåer.

Även principerna för kostnadsansvar behöver på sikt ses över för vårdverksamheterna, exempelvis ansvaret för läkemedel, medicinsk service och utomlänsvård. Nuvarande system med relativt strikt kostnadsansvar indikerar att systemet kommer att kunna missbrukas om inte utövarna själva betalar för tjänsterna, vilket kan tolkas som att det saknas tillit till utövarna.

Eftersom utredningen rekommenderar en mer tillitsbaserad styrning behöver Region Uppsala följa utvecklingen och utvärderingen i andra landsting och jämföra utfall inför framtida vägval. På sikt bör således frågan om läkemedel bör förskrivas som en fri nyttighet för förskrivare inom systemet utredas. Detta skulle dessutom kunna spara administrativa resurser. Även framgent skulle det dock behövas kompetens och resurser för att följa upp förskrivningar med mera.

Medicinsk service, främst radiologi, fysiologi och kemiska laboratorieundersökningar skulle också kunna ordineras som en fri nyttighet. Liksom för läkemedel handlar det om möjlighet att spara in på administrativa resurser och det handlar också om tillit. Dessutom, enligt BEON-principen, kan medicinsk service som fri nyttighet bidra till att tyngdpunkten i det samlade sjukvårdssystemet förskjuts mot den nära vården, vilket är önskvärt. Slutligen undviks en del av det ovärdiga ”svartepetterspel” som lätt uppstår kring dyra undersökningar då det finns starka ekonomiska incitament att försöka få någon annan aktör i systemet att ta utgiften, till exempel via remittering. Även rörande medicinsk service finns det något landsting som infört denna som fri nyttighet och det finns även här möjlighet att följa upp detta inför framtida vägval.

Vissa grundläggande tillgänglighetskrav behöver kunna ställas på primärvården. Inför 2019 införs en behovsanpassad vårdgaranti. Förberedelser inför detta pågår inom Region Uppsala. Dessa krav bör kunna skärpas successivt och en rimlig ambition bör vara telefon- eller digital kontakt samma dag och vid behov besök till lämplig personalkategori senast nästföljande vardag.

6.7 Hållbara ekonomiska förutsättningar

För att skapa en hållbar ekonomi 2030 behövs mer kraftfulla åtgärder enligt BEON-principen. Det behövs även mer förebyggande insatser.

Förslag

- Successiv resursöverföring från sjukhusbunden vård till nära vård. Detta kan till delar ske genom utflyttning av vård från sjukhusen utan ändring av budgetansvar och organisation.
- När ekonomiskt reformutrymme och riktade statsbidrag fördelas ska primärvården och den nära vården prioriteras.
- Bevaka att inte kortsiktiga nödvändiga besparingar står i konflikt med den långsiktiga omställningen av hälso- och sjukvårdssystemet.
- Överväg som ett led i de starka framtida effektiviseringskraven vid Akademiska sjukhuset en genomgripande analys av det samlade framtida vårdplatsbehovet i regionen.

Allt talar för att hälso- och sjukvårdskostnaderna kommer att fortsätta att öka med någon eller några procent per år på samma sätt som de gjort sedan årtionden tillbaka. Det var bara under nittiotalskrisen som det uppstod ett brott i denna trend. Den demografiska utvecklingen kommer att sätta hård press på kostnadsutvecklingen samtidigt som skattetrycket redan är högt. De medicintekniska metoderna blir dessutom allt fler, mer avancerade och kostnadskrävande.

Ett sätt att möta denna utveckling är den långsiktiga omställningen av hela hälso- och sjukvårdssystemet som utredningen, Effektiv och nära vård 2030, föreslår. Utredningens förslag löser inte kortsiktiga budgetproblem, men det är utredningens uppfattning att omställningen är nödvändig för att på längre sikt minska kostnadstrycket och begränsa kostnadsökningarna. Erfarenhetsmässigt kommer Region Uppsala att vara återkommande beroende av kortsiktiga budgetbesparingar. Det är en stor utmaning att åstadkomma dessa kortsiktiga budgetbesparingar utan att de står i konflikt med det långsiktiga omställningsarbetet.

Omställningen innebär en långsiktig resursöverföring från sjukhusbunden vård till den nära vården. En väsentlig del av resursöverföringen kan ske genom att sjukhusen, främst Akademiska, tar ett större ansvar för vården utanför sjukhuset, i enlighet med förslagen i utredningen. På så sätt undviks en allt för utmanande minskning av sjukhusets budget. Det kommer dock inte vara tillräckligt. Sjukhuset kommer att behöva effektiviseras för att på sätt frigöra resurser för den nära vården. En avgörande fråga blir tillgången till vårdplatser, den dyraste resursen, där dagens höga beläggning innebär en ineffektivitet. Sannolikt krävs en genomgripande analys över det framtida vårdplatsbehovet i ljuset av att denna utredning föreslår ökade antal vårdplatser i den nära vården, ökade insatser för vård i hemmet samt större operationsvolymer i Enköping.

I den här utredningen finns ett antal förslag som kan resultera i besparingar om de tas upp i budgetarbetet de närmaste åren framöver:

1. Förenklade styrsystem (se avsnitt 6.6.2) vilket medför minskad administration och möjligheter till reduktion av administrativ personal.
2. Successiv utbyggnad av akutverksamhet i den nära vården med åtföljande reduktion av besök på sjukhusens akutmottagningar medför reduktion av personal på sjukhusen.
3. Färre inskrivningar av multisjuka personer på sjukhusen frigör resurser på sjukhusen och minskar sannolikt vårdskador.
4. Minskat antal vårddagar för utskrivningsklara frigör resurser på sjukhusen som kan nyttjas för att förbättra tillgängligheten inom region- och länssjukvården.
5. Nya arbetssätt till följd av digitalisering frigör resurser.
6. Rätt vårdnivå utifrån befolkningens behov innebär att viss vård koncentreras och att viss vård utförs nära, dvs utifrån bästa effektiva omhändertagandenivå (BEON)
7. Koncentration av vissa verksamheter till Enköping medför högre effektivitet och frigör resurser

En viktig princip och utgångspunkt för att bromsa kostnadsutvecklingen trots krav på ökat vårdutbud (befolkningstillväxt och ökade förväntningar från invånarna) är tillämpning av utredningens förslag om strukturella förändringar enligt BEON-principen. Strukturella förändringar kräver investering och därmed omställningskostnader för att kunna påverka så att systemet blir långsiktigt hållbart. Så länge det inte finns lokala närvårdsplatser går det inte att skriva ut patienter till ett patientsäkert omhändertagande på en lägre vårdnivå och därmed på en lägre kostnadsnivå. Uppsala är sämre än många andra landsting/regioner i landet vad gäller utskrivningsklara patienter på sjukhus. Rikssnittet ligger på 3,6 dygn och Uppsala ligger på 7,7 (Väntetider i vården, 2017).

"Vi får inte ens ut de multisjuka till kommunen, hur ska vi då få ut dem till hemmen?"
(Röst från Akademiska sjukhusets ledningsgrupp)

Det pågår dock ett intensivt arbete för att förbättra utskrivningsprocessen tillsammans med länets alla kommuner och under årets första månader syns en förbättring. Arbetet med att förbättra samverkan börjar ge frukt. Från en utpräglad förhandlingskultur behöver berörda aktörer gå mot en samverkanskultur där länets samverkansstrukturer och en gemensam närvårdsstrategi lägger grunden för ett gott samarbetsklimat till nytta för länets invånare.

Det ekonomiska läget ser dystert ut vad gäller nyinvesteringar de kommande åren. Om Region Uppsala fortsätter ha en ekonomisk utveckling så som den varit historiskt så kommer regionen ha ett underskott 2025 på mer än 1 miljard kronor. Om inget mer genomgripande görs kommer den situationen se ännu sämre ut 2030. Idag arbetar Akademiska sjukhuset med olika förändringar för att avlasta dyra vårdplatser på avdelningarna, exempelvis dagvårdsverksamhet. Det är lovvärt, men inte tillräckligt i ekonomiska termer. Kostnadsutvecklingen kommer inte att bromsas i den takt som behövs inför 2030 om Region Uppsala fortsätter att förlita sig på alltför marginella BEON-förändringar. Det paradoxala är därför att det behövs investeringar i vårdcentrum och närvårdsplatser de kommande åren för att åstadkomma en långsiktigt hållbar ekonomi 2030.

Ett annat strukturellt investeringsbehov för att kunna omhänderta enligt BEON-principen är digitalisering av vårdtjänster (se avsnitt 6.2). Idag spenderar Region Uppsala höga summor på digitala vårdbesök som bedrivs i annat landsting, exempelvis via Kry.se eller Min Doktor.se. 2016 spenderades drygt 1,164 miljoner kronor och det utökades till 5,123 miljoner kronor 2017. Statistik visar att det huvudsakligen är individer från storstadsregioner och områden med högre socioekonomi som söker dessa tjänster. Region Uppsala behöver investera i digitala tjänster för att kunna erbjuda hög tillgänglighet och kontinuitet för att återerövra förtroendet hos de egna invånarna. Kunskapsunderlag visar att hög kontinuitet och hög tillgänglighet skapar förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet samtidigt som kostnaderna minskar (Vårdanalys, 2017).

Tekniker för uppkoppling (1177 vårdguiden, digitala egenvårdsverktyg, etc.), integrerad journalföring och utnyttjande av AI är tre prioriterade områden som kan bidra till en långsiktigt hållbar kostnadsutveckling (McKinsey & Company, 2017). Inför vårdstyrelsen den 19 mars läggs ett förslag fram som innebär en integrerad lösning i journalsystemet för digitala vårdmöten.

För att säkerställa ett vårdutbud utifrån befolkningens behov och med en ekonomi i balans 2030 behövs en långsiktig plan för omställningen mot mer vård nära och en del vård som koncentreras. Diagram 17 (sidan 18) visar att Region Uppsala lägger näst minst andel av resurserna på primärvård. Målbildsarbetet i primärvård (dnr VS2017-0026) föreslog en rad ekonomiska förstärkningar för 2017 och 2018 som ett första steg att stärka den nära vården där cirka 60 miljoner kronor satsades på primärvården. Enligt uppdrag i regionplan och budget 2018-2020 ska ett arbete påbörjas för att omfördela resurser till förmån för nära vård och primärvård.

När reformutrymme finns behöver därför Region Uppsala prioritera primärvården och den nära vården. Det är av stor vikt att fortsätta nyttja de riktade statsbidragen för omställningsarbetet för att uppnå en effektiv och nära vård. Region Uppsala behöver skapa förtroende för att det finns en nära vård när invånaren behöver den. Ett annat skäl är att den nära vården behöver attrahera professionella att arbeta där så att en kontinuitet för patienten kan åstadkommas istället för dagens personalbrist, höga personalomsättning och beroenden av hyrläkare.

6.7.1 Ekonomiska vinster med förebyggande insatser

Förebyggande insatser är ibland mer kostnadseffektiva än behandlande och rehabiliterande insatser. Trots det används en stor del av samhällets resurser till att kompensera och reparera i efterhand, snarare än att förebygga (Kommissionen för jämlik hälsa, 2017). Endast cirka fyra procent av landstingens/regionernas totala hälso- och sjukvårdsbudgetar läggs på förebyggande insatser (Socialstyrelsen, 2013). Därför är det viktigt att utveckla kunskapen om kostnadseffektivitet även i förebyggande insatser och använda den i beslutsunderlag och i prioriteringsbeslut. Ohälsosamma levnadsvanor kan kopplas ihop med många folksjukdomar och därmed är utvecklingen av våra levnadsvanor av särskild betydelse för den framtida hälsan. Emellertid läggs en fjärdedel av Sveriges hälsoinvesteringar på klinisk vård, medan endast en hundradel läggs på förebyggande satsningar.

Med hjälp av en hälsoekonomisk modell presenteras ett beräkningsscenario som belyser vad en minskad förekomst på en procentenhet av fyra riskfaktorer (kraftig övervikt, daglig rökning, fysisk inaktivitet och riskbruk av alkohol) kan innebära i minskade samhällskostnader och ökad hälsa för Uppsala län utifrån ett femårsperspektiv. Den positiva utvecklingen som scenariot innebär bidrar till minskning i sjukdomsfall och även minskning i samhällskostnader. Hälso- och sjukvårdens kostnader i Region Uppsala uppskattas kunna minska med åtta miljoner kronor per år, medan kommunernas kostnader minskar med sju miljoner kronor per år. Den statliga sjukförsäkringen beräknas spara 5,6 miljoner kronor per år enbart i Region Uppsala (HFS-nätverket, 2017).

Hälsoekonomiska analyser visar även att livsstilsprogram inom primärvården har en mycket låg kostnad, i synnerhet jämfört med många läkemedel som förskrivs. Det gör att livsstilsprogram som behandlingsmetod på vårdcentraler kan rekommenderas. Insatser för att förmå personer att sluta röka utvärderades tidigast av alla förebyggande insatser och resultaten av utvärderingarna är entydiga: rökslutsinsatser är kostnadseffektiva.

7 Färdplan – vägen framåt mot en effektiv och nära vård

Färdplanen är tänkt att på ett övergripande sätt visa på vägen framåt mot en effektiv och nära vård 2030. Vilka steg måste tas för att nå målbilden kring en nära och effektiv vård? Region Uppsala behöver därefter konkretisera färdplanen i årliga handlingsplaner som följs upp och som mer i detalj beskriver de aktiviteter och åtgärder som måste vidtas för att uppnå målbilden 2030. För utvecklingen av vårdstrukturen behöver en mer konkretiserad etableringsplan tas fram. Samtidigt behöver Region Uppsalas färdplan hänga ihop med utvecklingen som sker på nationell nivå och övriga landsting/regioner och kommuner, eftersom färdplanen och målbilden är något som behöver engagera inte bara hälso- och sjukvårdens aktörer, utan även patienter/brukare/medborgare och vårdens medarbetare (se figur 27).

Figur 27. Färdplan – från akutsjukhus till nära vård, Anna Nergårdh, 2018

Det är viktigt att poängtera att mycket av förändringsarbetet handlar om faktorer som är svårt att konkretisera i en handlingsplan. Det handlar om att ändra kulturer och arbetssätt, att mer tänka helhet och gemensamma mål, och mindre utifrån den egna organisationen/förvaltningen/verksamheten. Det gäller också att skapa en kultur som präglas av proaktiva förhållningssätt och långsiktighet. Att gå från sjukhusdominans till en nära vård. Den detaljerade ekonomistyrningen behöver minska till förmån för tillitsstyrning och kunskapsstyrd vård.

En avgörande framgångsfaktor i det fortsatta arbetet är ett engagera vårdens professioner, invånarna och företrädare för patienterna. Ett framgångsrikt förändringsarbete drivs ”bottom-up”, inte ”top-down”. En annan viktig framgångsfaktor är långsiktighet och hållbarhet. Därför är ett tidigt inriktningsbeslut kring den övergripande förändringsinriktningen viktigt. Ju större uppslutning kring ett sådant beslut, desto större möjlighet att lyckas.

Under perioden 2024-2030 behöver samtliga uppdrag fullbordas och åtgärder ha vidtagits så att målbilden för en effektiv och nära vård kan uppnås till 2030. Vägen mot en effektiv och nära vård tar aldrig slut, utan vidareutvecklas och förbättras kontinuerligt.

Nedanstående översiktliga ”färdplan” är avsedd som en kortfattad checklista och ett försök att indela resan mot en effektiv och nära vård 2030 i olika faser. Samtliga förslag i utredningen har inte tagits med, utan endast ett mindre urval som är tänkta att exemplifiera typen av beslut i de olika faserna.

Fas 1 – 2018

Inriktningsbeslut, handlings-, etablerings- och kommunikationsplan
Redan under 2018 är det viktigt att ett antal åtgärder vidtas som första steg i den kommande färdplanen. Dessa är framför allt:

- Ett övergripande inriktningsbeslut kring utformningen av den nära vården
- Inriktnings- och detaljbeslut (budget 2019) kring den nära vårdens resurser
- Beslut när det gäller närvårdsavdelningen i Uppsala (NÄVA) och närvårdplatserna i Tierp
- Handlingsplan för fortsatt arbete
- Etableringsplan rörande vårdstrukturen
- Kommunikationsplan för att påbörja arbetet med att utveckla informationen till invånarna

Fas 2 – 2018-2019

Kompletterande utredning och konkretisering
Under denna fas behöver ett flertal av utredningens förslag analyseras vidare och konkretiseras. Strategin bör vara att i görligaste mån engagera länets kommuner, vårdens professioner och företrädare för invånare, patienter och anhöriga. Exempel på förslag att analysera vidare:

- Utformningen av specialiserad vård inom den nära vården
- Profilering och utökning av sjukhusbunden vård i Enköping
- Utformning av vårdcentrum i Enköping
- Fastighetsinvesteringsplan utifrån beslutad inriktning och med etableringsplanen som grund
- Analysera behov av förändringar rörande styrningen av primärvården exempelvis förändrade förfrågningsunderlag och uppdragen för den anslagsfinansierade delen samt ersättningssystem och kostnadsansvar
- Fortsatt utredning angående vårdcentrum i Uppsala

Fas 3 – 2019-2020

Tidigt genomförande

Under denna fas behöver resan inledas mot den tillitsbaserade styrningen. En början kan vara att förändra styrningen av hälsovalet. Andra exempel på förslag:

- Strategiskt folkhälsoansvar för utvalda hälsocentraler
- Vårdcentrum i Tierp, Östhammar, Enköping
- Beslut om Enköpings förändrade uppdrag och förändrad ledning och organisation
- Fortsatta förändringar i styrning av vårdvalet

Fas 4 – 2020-2023

Fortsatt genomförande

I fas fyra behöver det ske en fortsatt resursförstärkning av den nära vården. Dessutom behövs förändringarna av hälsovalet slutföras. Följande är några exempel på förslag:

- Primärvårdsjour 24/7 vid vårdcentrum
- Genomför förändringarna i Enköpings uppdrag
- Vårdcentrum i Uppsala och Bålsta
- Fler mobila närvårdsteam

Fas 5 – 2024-2030

Senare genomförande

Under denna fas i resan mot en effektiv och nära vård behöver ytterligare genomförande ske av ett antal av utredningens förslag t.ex.:

- Vårdcentrum i Knivsta
- Ytterligare vårdcentrum i Uppsala
- Överväga remisskrav till sjukhusakuterna
- Slutför förändringar i styrning av vårdvalet

8 Referenser

Batalden M, Batalden P, Margolis P, et al., Coproduction of healthcare service, BMJ Qual Saf Published Online First, 2015
Finansdepartementet, SOU 2017:56, Jakten på den perfekta ersättningsmodellen, Stockholm, 2017
Folkhälsomyndigheten, Folkhälsans utveckling 2017, Stockholm, 2017
Folkhälsomyndigheten, https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2017/juni/spelmissbruk-skrivs-in-i-socialtjanstlagen-och-halso--och-sjukvardslagen/, Stockholm, 2018
HFS-nätverket, Riskfaktorer, Hälsa och Samhällskostnader, RHS-modellen, dataapplikation, 2018
Inera, AI och automatisering för första linjens vård, Stockholm, 2017
Lumell Associates, Kartläggning av insatser för barn och unga med psykisk ohälsa, Stockholm, 2017
McKinsey & Company, Värdet av digital teknik i den svenska vården, Stockholm, 2017
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, En primär angelägenhet, Stockholm, Rapport 2017:3
Region Uppsala, Liv och hälsa ung, Uppsala, 2017
Region Uppsala, Strategi för närvårdssamverkan, Uppsala, 2017
Riksrevisionen, Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? RiR 2014:22, Stockholm, 2014
Socialdepartementet, Regeringens proposition (2016/17:106) Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, Stockholm, 2017
Socialdepartementet, SOU 2016:2 Effektiv vård, Stockholm, 2016
Socialdepartementet, SOU 2017:53 God och nära vård, delbetänkande, Stockholm, 2017 Socialdepartementet, Kommissionen för jämlik hälsa, Hälso- och sjukvårdens roll för en jämlik hälsa, underlagsrapport, Stockholm, 2017
Socialdepartementet, SOU 2016:55, Kommissionen för jämlik hälsa, Det handlar om jämlik hälsa, delbetänkande, Stockholm, 2016
Socialdepartementet, SOU 2017:47, Kommissionen för jämlik hälsa, Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa, Stockholm, 2017
Socialdepartementet, SOU 2017:48, Kunskapsbaserad och jämlik vård – Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård, Stockholm, 2017
Socialstyrelsen, Ekonomiska analyser, Stockholm, 2013
Stockholms läns landsting, Framskrivningar av befolkning och sysselsättning i östra Mellansverige. Tillväxt- och regionplaneförvaltningen, Stockholm, Rapport 2017:2
Sveriges kommuner och landsting, Beteenden och behov i kontakt med vården, Stockholm, 2017
Sveriges kommuner och landsting, Hälso- och sjukvårdsbarometern, Stockholm, 2017
Sveriges kommuner och landsting, Nationell patientenkät, 2018
Sveriges kommuner och landsting, Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning, Stockholm, 2017
Sveriges kommuner och landsting, Väntetider i vården, 2017, http://www.vantetider.se/
Sveriges kommuner och landsting, Öka takten för att vässa välfärden med hjälp av digitalisering, Stockholm, 2016
Vårdstyrelsen, Årsredovisning, 2017

BILAGA 1 – Förkortningar och definitioner

ALF-medel - avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården
AI – artificiell intelligens
Anamnes - en sammanställning av information av vikt för diagnostik och patientvård
Antikoagulantia – läkemedel som förhindrar blodproppar
ASH – avdelningen för specialiserad hemsjukvård
BVC -barnavårdscentral
BEON – bästa effektiva omhändertagandenivå
Bestämningsfaktor - varje faktor som påverkar hälsotillståndet
BMM – barnmorskemottagning
BUP – barn- och ungdomspsykiatrin, Akademiska sjukhuset
CNI – Care Need Index
DRG – diagnosrelaterade grupper
Elektiv vård – planerad vård
HR – human resources, ett företags personalavdelning som tar hand om att det finns basprocesser relaterade till resursen personal i en organisation
HSVO - samrådet för hälsa, vård, stöd och omsorg
HSVO TML – tjänstemannaledningen för hälsa, vård, stöd och omsorg
HSFoUU-utskottet – hälso-, sjukvård-, forsknings- och utbildning- och utvecklingsutskottet
IHI - Institute for Healthcare Improvement
IVA - intensivvårdsavdelning
KOL-sköterska – sjuksköterska med särskilt ansvar för patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom
LAH – lasarettansluten hemsjukvård
LOU lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU)
LOV lagen om (2008:962) valfrihetssystem. Inom primärvårdens vårdcentralsuppdrag (LOV)
Prevalens – andelen fall med en viss sjukdom i befolkningen vid en viss tidpunkt
MMR1 - multimodal rehabilitering för smärtproblematik i primärvård
NPE – nationella patientenkäten
NÄVA – närvårdsavdelningen i Uppsala
Rehab – rehabilitering
Reko – rehabiliteringskoordinator
RHS-modellen – Riskfaktorer, Hälsa och Samhällskostnader, beräkningsmodell som utformats inom HFS-nätverket
HFS-nätverket – Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård
SAH – specialistansluten hemsjukvård
SKL – Sveriges Kommuner och Landsting
SÄBO – kommunens särskilda boende för äldre med stort behov av omsorg
Triagering - en process för att sortera och prioritera patienter med utgångspunkt från anamnes, symtom och ibland vitalparametrar såsom andningsfrekvens, puls och kroppstemperatur
VFU – verksamhetsförlagd utbildning

BILAGA 2 – Genomförda dialogmöten

Personer och forum där en målbild och strategi för en effektiv och nära vård 2030 har diskuterats under projektets gång:

Akademiska sjukhusets ledningsgrupp
Akademiska sjukhuset, verksamhetschefer inom barn, psykiatri, invärtes medicin, kirurgi, geriatrik med flera
Avdelningen för digitalisering, Regionkontoret
Avdelningen för ekonomi och hållbar utveckling, Regionkontoret
Centerpartiets gruppledare från länets åtta kommuner och centerpartiets regionråd
Chefsläkarnätverket
Facklig referensgrupp
Folktandvårdens ledningsgrupp
Förvaltningsdirektörerna på hälso- och sjukvårdsförvaltningarna
Hälsokoordinatorer i primärvården, privata och offentliga
Hälsa och habiliterings ledningsgrupp
Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Hälso- och sjukvårdsavdelningens ledningsgrupp
Inledande operativ styrgrupp
Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet
Kvalitetsnätverket, Region Uppsala
Lasarettet i Enköpings ledningsgrupp
Nämnden för kunskapsstyrning
Nätverket för närvårdskoordinatorerna
Pensionärsrådet
Primärvårdsförvaltningens ledningsgrupp
Primärvårdsförvaltningens stab
Primärvårdens personal (offentliga och privata)
Primärvårdsråd och branschråd
Psykologer i primärvården
Referensgruppen för offentliga vårdcentraler
Referensgruppen för privata vårdcentraler
Regionråd och koncernledningen (Upptaktsdagar Wik 11-12 december 2017)
Region Uppsalas ekonomnätverk (Wik-dagar)
Region Uppsalas HR-nätverk
Region Uppsalas politiker, förvaltningsdirektörer och de fackliga organisationerna (Wikdagen den 21 augusti 2017)
Region Uppsalas politiker som ingår i lokala styrgrupper tillsammans med kommunala politiker i länets närvårdsarbete
Rådet för delaktighet
Samrådet för hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO)
Tjänstemannaledning för hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO TKL)
Vårdledningsgruppen
Öregrunds vårdcentral

Åsa Himmelsköld
För Tjänsteledningen HSVO 2019-10-09

Inriktning för utveckling av vårdcentrum i Uppsala län

Region Uppsala

Box 602 | 751 25 Uppsala | tfn vx 018-611 00 00 | fax 018-611 60 10 | org nr 232100-0024

www.regionuppsala.se

Innehåll

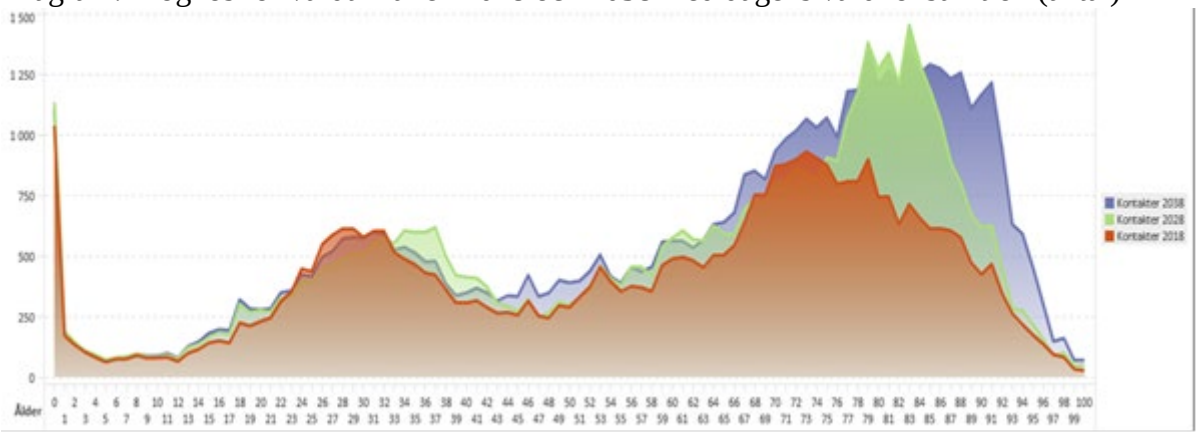
Inriktning för vårdcentrumutvecklingen i Uppsala län 3
1 Det är nödvändigt att ställa om hälsosystemet i länet 3
2 Målbild och strategier för Effektiv och nära vård 2030 4
3 Fattade beslut inom Region Uppsala och genomförande i samverkan 5
4 Region och kommuner behöver fatta gemensamt inriktningsbeslut 7
5 Inriktning för utvecklingen av vårdcentrum i länet 7
5.1 Närvårdsavdelning 9
5.2 Akutverksamhet, röntgen och laboratorium 9
5.3 Förstärkt geografiskt hälsouppdrag 10
5.4 Insatser för psykisk hälsa för barn och unga vid vårdcentrum 11
5.5 Sjukhusbaserade funktioner som bör ingå i ett vårdcentrum 12
5.6 Vård i hemmet - mobila verksamheter 12
6 Projekt inom vårdcentrumutvecklingen under hösten 2019 14

Inriktning för vårdcentrumutvecklingen i Uppsala län

1 Det är nödvändigt att ställa om hälsosystemet i länet

Uppsala län står inför stora utmaningar. Fram till 2030 väntas befolkningen öka till 430 000 invånare. Detta skapar möjligheter som fler jobb och högre skatteintäkter men ökar även behovet av vård, stöd och omsorg. Då länet främst väntas växa i de äldre åldersgrupperna, som traditionellt sett har ett större vårdbehov, skulle antalet vårdtillfällen stiga relativt dramatiskt. Om dagens vårdstruktur och arbetssätt inte förändras så innebär detta bl.a. att antalet vårdtillfällen vid länets sjukhus skulle öka.

Diagram: Prognos för vårdtillfällen 2028 och 2038 med dagens vårdkonsumtion (antal)



Källa: Region Uppsalas beslutstöd, Regionkontorets beräkningar maj 2019

Den demografiska utvecklingen innebär även att andelen invånare i arbetsför ålder minskar, vilket i sin tur innebär att det i framtiden inte blir möjligt att rekrytera medarbetare till vård och omsorg på samma sätt som idag.

Prognostiserade befolkningsförändringar

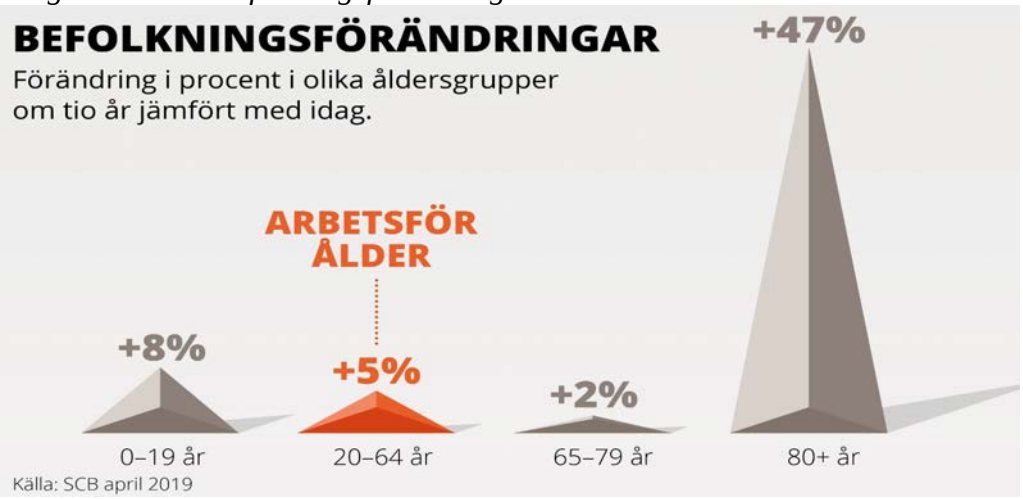


Bild från SKL

Behandlingsresultaten för många sjukdomstillstånd är mycket goda i en internationell jämförelse. Ett gott exempel är hjärtsjukvården där antalet personer som drabbas av hjärtinfarkt och antal dödsfall efter infarkt minskat stadigt sedan 2002. Samtidigt finns utmaningar när det gäller tillgänglighet, samskapande, ojämlikhet i hälsa och kontinuitet liksom bristande samverkan över organisatoriska gränser. Utvecklade behandlingsmetoder som kan rädda liv medför ofta livslånga behov av stöd och omsorg från såväl kommuner som regioner. Omkring 74 000 personer hade någon verkställd insats enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, den 1 oktober 2018, visar Socialstyrelsens register.

Även om folkhälsan i sin helhet har förbättrats under de senaste decennierna och de allra flesta uppger att de har en bra eller mycket bra hälsa så gäller det inte den psykiska hälsan. Den psykiska ohälsan i form av oro, ångest och sömnproblem har tvärtom ökat under de senaste 20 åren. En förbättring av den psykiska hälsan är möjligt, men kräver ett arbete som bedrivs uthålligt och långsiktigt över hela välfärdsområdet. SOU 2018:90.

Nästan halva befolkningen har en kronisk sjukdom och en fjärdedel av befolkningen har två sjukdomar eller fler. Med en allt äldre befolkning kommer fler att drabbas av kroniska sjukdomar och fler kommer att leva allt längre med kronisk sjukdom. Vissa personer har mindre besvär till följd av sin sjukdom, medan andra påverkas i högre grad dagligen genom hela livet. Personer med kronisk sjukdom står för 80–85 procent av sjukvårdskostnaderna. Det är en stor del av all vård. En hög andel kroniska sjukdomar, följdsjukdomar och biverkningar kan förebyggas enligt rapporten Stöd på vägen från Vårdanalys.

Pressen på de offentligt finansierade välfärdssystemen kommer därmed att öka samtidigt som möjligheterna till resursförstärkningar är begränsade. Som en följd kommer trycket på förmågan att effektivisera såväl inom länets kommuner som i regionen att öka. Ökade krav på effektivisering förutsätter att ansvariga huvudmän genomför en omställning av hälsosystemen. Flera statliga utredningar pekar ut en riktning mot mer vård nära och samtidigt behov av mer koncentration av viss vård. De flesta regioner och kommuner i landet arbetar just nu tillsammans för en utveckling mot god och nära vård.

2 Målbild och strategier för Effektiv och nära vård 2030

För att hälso- och sjukvården och omsorgen ska vara fortsatt effektiv och av hög kvalitet, samt kunna möta den demografiska utvecklingen och invånarnas behov på ett bättre sätt, krävs en omställning i hela vårdkedjan. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2017:01) är ett första steg i en stor system- och strukturförändring av den svenska hälso- och sjukvården. Utredningen bygger på förslagen från Effektiv vård (SOU 2016:2) och ska stödja regioner, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Primärvård i lagstiftarens mening är en vårdnivå som har både kommuner och landsting som huvudman (SOU 2018:39). Kommunerna ansvarar för en stor del av den nära vården och därmed är det viktigt att omställningen genomförs tillsammans över huvudmannagränserna.

Målbilden för Region Uppsalas omställning innebär en nära vård som bygger på kontinuitet och hög tillgänglighet. Vården är effektiv när den utförs på rätt nivå, med rätt kompetens och med kontinuitet. Utgångspunkten är ett förebyggande och hälsofrämjande arbete i samverkan mellan regionen och länets kommuner samt andra aktörer. Vården bygger på samskapande och tillit där patienter, brukare och anhöriga involveras som jämlika partners och experter i vården. Målbilden tar avstamp i den strategi för närvårdssamverkan som beslutats av Region Uppsala och länets kommuner. Strategin handlar i korthet om att samverkan mellan Region Uppsala och länets kommuner inom hälsa, stöd, vård och omsorg ska bidra till helhetssyn, långsiktighet och styrning av verksamheter utifrån individens behov samt bidra till att gemensamma resurser används på bästa sätt.

Förutom strategin för närvårdssamverkan finns ytterligare strategier för att nå målbilden och flera av dem kan med fördel genomföras i samverkan med andra aktörer:

- ✓ Förnyad vårdstruktur
- ✓ Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling
- ✓ Nya kompetenser och arbetssätt
- ✓ Digitalisering
- ✓ Forskning för en god och nära vård
- ✓ Utvecklad styrning och uppföljning
- ✓ Hållbara ekonomiska förutsättningar
- ✓ Kommunikation utifrån invånarnas perspektiv
- ✓ Effektiv fastighetsutveckling

3 Fattade beslut inom Region Uppsala och genomförande i samverkan

Regionfullmäktige beslutade vid sammanträdet i juni 2018 att ställa sig bakom målbild och strategier i rapporten ”Effektiv och nära vård 2030”. Då förslagen för att nå målbilden innebar vidare utredningar och ställningstaganden återkom regiondirektören i oktober 2018-med bearbetade förslag och konsekvenser utifrån målbild och strategier samt förslag till förändringar i fastighetsinvesteringsplanen inför 2020–2029. Utskottet för hälso- och sjukvård utsågs till politisk styrgrupp och tar därmed ställning till förslag löpande i enlighet med en fastställd uppdragsplan för omställningsarbetet.

Vid regionstyrelsens sammanträde i februari 2019 tog styrelsen ställning till konkretiserade förslag inför regionplan och budget 2020-2022. Beslut om uppdrag för att förbättra barn och ungas psykiska hälsa behandlades av utskottet för hälso- och sjukvård i februari 2019. En lägesrapport lämnades till utskottet i maj och slutrapport redovisades till utskottet för hälso- och sjukvård och regionstyrelsen i augusti 2019. Beslut om att utöka uppdraget till att även omfatta vuxna fattades i utskottet för hälso- och sjukvård, sjukhusstyrelsen och vårdstyrelsen i juni 2019. Arbetet genomförs integrerat i omställningsarbetet. Effektiv och nära vård 2030 bedrivs som ett storskaligt förändringsarbete och är ett av regionens strategiska mål i regionplan och budget. https://www.regionuppsala.se/effektivochnaravard2030

Genomförandet av effektiv och nära vård har varit föremål för dialoger och gemensamt arbete inom ramen för länets samverkansstruktur och vid länets gemensamma omvärldsdagar. Inriktning och vägval har inför beslut inom regionen diskuterats i tjänstemannaledningen och

i det politiska samrådet för hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO). Omställningen är också ett prioriterat område för Regionalt Forum. Information om länets samverkan finns här https://www.regionuppsala.se/sv/Extranat/Samarbetsprojekt/Vard-i-samverkan/Organisation/ .

Vårdcentrumutvecklingen är den mest komplexa förändringen i strategin för en förnyad vårdstruktur och där det sannolikt finns störst potential i att bedriva närvård i samverkan med den gemensamma strategin för närvårdssamverkan som utgångspunkt. Arbetet startades upp i slutet av 2018 och bedrivs i projektform med bred representation från Region Uppsala och länets kommuner. Inriktningen har diskuterats löpande vid möten inom ramen för länets samverkansstruktur.

Vårdcentrumutvecklingen är en del av strategin för förnyad vårdstruktur. Övriga delar av strategin handlar bland annat om att utreda och föreslå hälsocentralsuppdrag och uppdrag för närmottagningar. Beslut om det första steget mot Morgondagens elektiva kirurgi beslutades av utskottet för hälso- och sjukvård och regionstyrelsen i augusti 2019.

Vårdstrukturen 2030

Modifierad bild av vårdstrukturen från rapporten "Effektiv och nära vård 2030"

Arbetet med att utveckla vårdcentrum bedrivs stegvis där det första steget handlade om att ta fram generella kriterier som godkändes av utskottet för hälso- och sjukvård i april 2019. Det andra steget handlade om fördjupningar och om att integrera det lokala perspektivet. Tre dialogmöten har genomförts på fyra platser i länet och där samtliga kommuner bjudits in. Det första mötet handlade om behov, det andra om utbud och det tredje om att ta fram ett idékoncept. Utgångspunkten för arbetet var de grundläggande kriterierna från den första delen av arbetet. Projektet har lämnat ett antal rapporter från projektets andra del:

- övergripande rapport (Bilaga)
- förslag om förstärkt geografiskt hälsouppdrag (Bilaga)
- fördjupad analys för utveckling av närvårdsavdelningar (Bilaga)
- fyra rapporter från de lokala dialogerna (Bilagor)

Det har lyfts ett flertal relevanta frågeställningar vid de lokala dialogerna bl.a. hur vi kan leda och styra nätverksbaserade verksamheter i ett vårdcentrum, både på politisk nivå och tjänstepersonsnivå. Frågan om vem som beställer fastighetsutveckling när flera huvudmän, förvaltningar, organisationer och nämnder är inblandade är relevant att utreda vidare. Det är också angeläget att det finns en plan för resursomställningen. Det finns även behov av att ta fram kriterier för vad som krävs för att en hälsocentral ska kunna ta på sig samordningsuppdraget för ett vårdcentrum.

4 Region och kommuner behöver fatta gemensamt inriktningsbeslut

Tjänsteledningen för hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO) har framfört behov av att även kommunerna fattar politiska inriktningsbeslut utifrån målbild och inriktning för effektiv och nära vård, i synnerhet för de delar där det finns samordningsvinster exempelvis i utvecklingen av vårdcentrum. Enligt delbetänkandet God och nära vård – Vård i samverkan, SOU 2019:29 tydliggörs betydelsen av att arbeta uthålligt, tillsammans, i riktning mot den gemensamma målbilden. Enligt utredningen behöver omställningsarbetet förankras brett på ledningsnivå hos huvudmännen, i såväl politiska som tjänstemannaledningar, och omsättas i egna beslut och planer som konkretiserar arbetet inom de egna ansvarsområdena. Det är avgörande att det är förankrat på högsta nivå, men det är inte tillräckligt. Omställningsarbetet måste också kommuniceras vidare ut i verksamheterna, hela vägen ut till första linjens chefer och deras medarbetare. Det är också angeläget att ta tillvara idéer och engagemang lokalt.

Hälso- och sjukvårdsutskottet beslutade vid sitt sammanträde den 13 augusti 2019 om att avvakta med ställningstagande rörande vårdcentrumutvecklingen till dess att föreslagen inriktning från tjänsteledningen (HSVO) diskuterats i samrådet (HSVO) och regionalt forum under tidig höst. Såväl samrådet som Regionalt Forum har ställt sig bakom föreslagen inriktning. Beslut om inriktning fattas sedan av respektive huvudman under hösten 2019. Utifrån föreslagen inriktning kommer ett konkretiserat underlag tas fram som kan utgöra beslutsunderlag inför planerings- och budgetprocess 2021 för respektive huvudman. Även här behöver avstämning ske mellan huvudmännen för att främja samverkan i valda delar. Det kan även finnas samordningsvinster med statliga myndigheter.

5 Inriktning för utvecklingen av vårdcentrum i länet

Vårdcentrum kan beskrivas som en nod för framtida hälsocentraler i ett geografiskt område. För att kunna få till stånd en kvalitativ nära vård föreslås att det behövs ett antal platser i länet till vilka en mer omfattande vård- och omsorgsverksamhet bör koncentreras där medarbetare från flera huvudmän och organisationer samarbetar nätverksbaserat utifrån invånarnas bästa och där gemensamma resurser nyttjas effektivt. Inriktningen är att regional och kommunal hälso- och sjukvård som ingår i en gemensam vårdkedja över huvudmännens ansvarsområden samt mellan hälso- och sjukvård och social omsorg kan ingå som en integrerad del i ett vårdcentrum. För att stärka insatser som är långsiktiga och hållbara ingår även ett förstärkt

geografiskt hälsouppdrag. Prioriterade målgrupper för ett vårdcentrum är patienter med komplexa behov exempelvis barn och unga med psykisk ohälsa, multisjuka äldre och patienter med kroniska sjukdomar som sviktar.

Innehållsmässigt kan delar av vad som idag bedrivs vid varje vårdcentral koncentreras till vårdcentrum och delar av vad som idag bedrivs vid länets sjukhus flyttas ut till vårdcentrum. Dessa noder ger även kommunerna möjlighet att koncentrera viss verksamhet såväl inom hälso- och sjukvårdsområdet som inom övriga verksamheter. Det är angeläget att den sociala sektorn utgör en naturlig del i kommunernas infrastrukturella utveckling i syfte att uppnå lösningar som ger synergieffekter.

Beskrivning av funktionerna vid ett vårdcentrum.

Modifierad bild från delrapport 1 Generella kriterier för ett vårdcentrum

Syftet med samverkanslösningar är att ge större nytta för länsinvånarna jämfört med om respektive huvudman utvecklar egna lösningar. Syftet är att få till stånd en kvalitativ, samordnad och sömlös nära vård som blir jämlik över hela länet och som är tillgänglig hela dygnet. En äldre patient med flera sjukdomar som sviktar ska kunna tas om hand på ett vårdcentrum istället för att behöva åka till sjukhuset. Ett barn med psykisk ohälsa som inte kräver psykiatrins resurser ska kunna tas om hand vid ett vårdcentrum. I vissa fall såsom för närvårdsplatser innebär det att kommunala och regionala verksamheter bedrivs och samfinansieras helt integrerat, medan det i andra fall såsom för det förstärkta geografiska hälsouppdraget kan röra sig om verksamheter som inte är integrerade i lika hög grad, men som samordnas. Det kan alltså finnas olika grader av samverkansformer för att nå

synergieffekter. På ett vårdcentrum samarbetar därmed flera olika kompetenser från båda huvudmännen i team och i nätverk utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Det kan stimulera till såväl bättre kvalitet som arbetsmiljö. Det kan också stimulera till bättre forskningsmiljöer.

Utifrån förväntat befolkningsunderlag är inriktningen att det i ett första steg ska finnas vårdcentrum i Tierp, Östhammar, Enköping och Uppsala kommun. I ett andra steg är inriktningen att det ska finnas vårdcentrum i Knivsta och Håbo kommun. I Heby och Älvkarleby är inriktningen att det ska det finnas hälsocentraler med förstärkt geografiskt hälsouppdrag. Inom vissa områden exempelvis barn och unga med psykisk ohälsa kan det vara befogat att berörda verksamheter finns geografiskt även i kommuner där det inte finns ett vårdcentrum. I övrigt knyts Heby kommun till vårdcentrum i Uppsala och Älvkarleby knyts till vårdcentrum i Tierp.

5.1 Närvårdsavdelning

Målgrupper för en närvårdsavdelning är patienter med behov av slutenvård på primärvårdsnivå exempelvis multisjuka äldre eller andra patienter med nedsatt allmäntillstånd där allvarlig psykiatrisk eller somatisk sjukdom uteslutits. I uppdraget ingår bland annat utredningar, kartläggning av behov, smärtstillande vid frakturer som inte ska opereras, försämring av kronisk sjukdom och patienter med behov av syrgas.

Inskrivning sker av hemsjukvården, ambulanssjukvård, hälsocentral, jourmottagning, enhet för vård i hemmet och mobila team samt slutenvården när individens behov inte kan tillgodoses på annat sätt. Närvårdsavdelningen ska ha öppet dygnet runt och med möjlighet även till dagvård. Det ska finnas kompetens inom allmänmedicin, geriatrik och internmedicin. I anslutning till platserna ska det finnas tillgång till akutverksamhet på primärvårdsnivå inklusive röntgen och laboratorium.

En förutsättning för att få en välfungerande verksamhet utifrån befolkningens behov är att den drivs integrerat i samverkansform i enlighet med strategin för närvårdssamverkan och att den finansieras gemensamt av Region Uppsala och berörda kommuner. För närvårdsavdelningen i Östhammars kommun är fördelningen idag 65 procent för Region Uppsala och 35 procent för Östhammars kommun. Det finns behov av fortsatt analys av vårdnivå och kostnader under hösten. Vid dialogen i Uppsala kommun framkom att det sannolikt är mer effektivt att respektive vårdcentrum inom kommunen kan profileras. Under hösten 2019 kommer vårdnivå och kostnader att konkretiseras.

5.2 Akutverksamhet, röntgen och laboratorium

Befolkningen ska ha tillgång till akut vård på primärvårdsnivå dygnet runt. Utifrån behovet och demografiska utvecklingen kan det se olika ut beroende på var i länet ett vårdcentrum är lokaliserat. För laboratorium behöver vårdnära prover kunna analyseras lokalt. Slätröntgen ska finnas vid vårdcentrum, men bedömning av bilder görs centralt vid röntgenklinik. Röntgen ska vara öppen stor del av dygnet och bedömningar ska kunna göras dygnet runt.

För all röntgenutrustning krävs lokalanpassningar för strålskydd. Stora rekryteringssvårigheter råder sedan flera år tillbaka för röntgensjuksköterskor, såväl nationellt som regionalt, vilket eventuellt kan försvåras av geografiskt splittrad verksamhet. Samtidigt finns möjligheten att mindre enheter kan vara ett mer attraktivt alternativ. Utredning och planering är nödvändig för att nå maximalt värde av verksamheten. Goda exempel för röntgenverksamhet finns inom glesbygd i Sverige, t ex i Funäsdalen, där röntgenundersökningar utförs av vårdpersonal för att sedan distanstolkas av radiologer. Systemen hos olika röntgenleverantörer behöver vara kompatibla så att bilder finns tillgängliga för alla vårdgivare. Flödet behöver vara effektivt utan barriärer mellan privata vårdgivare och regionsjukvård. Fördjupad analys behövs och privat leverantör av röntgenundersökningar vid Samariterhemmet kommer att involveras i nästa del av projektet som startas upp hösten 2019.

Det finns behov av fortsatt arbete för att kartlägga hur behovet ser ut för befolkningen vid olika tidpunkter på dygnet. Det finns även behov av att utreda behovet av investeringar och ekonomiska konsekvenser för att sedan definitivt ta ställning till geografisk placering och öppettider för röntgen inklusive laboratorieverksamhet och jourverksamhet. Befintliga jourverksamheter exempelvis beredskapsjourer behöver också ses över.

5.3 Förstärkt geografiskt hälsouppdrag

En stor del av de kroniska sjukdomarna går att förebygga och vid sjukdom kan hälsan förbättras med mer hälsofrämjande insatser. Det förebyggande och hälsofrämjande arbetet lyfts därför fram i målbilden för en mer effektiv och nära vård. Målet om att öka förutsättningarna för jämlik hälsa i befolkningen i Uppsala län överensstämmer med det nationella målet för folkhälsopolitiken vilket är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (Prop. 2017/18:249). Effektmålen för projektet är att hälsoläget i befolkningen ska förbättras i hela länet över tid (2030) samt att åstadkomma ökad kostnadseffektivitet.

Uppdraget innebär i huvudsak att vårdcentrum alternativt hälsocentral med förstärkt hälsouppdrag i de kommuner där det inte kommer finnas ett vårdcentrum har ett ansvar för ett strategiskt inriktat hälsoarbete som ska bedrivas i samverkan mellan region och kommun, men också tillsammans med andra aktörer. Arbetet innebär att en lokal samordnare har ett planerings- och samordningsansvar för det lokala strategiska hälsoarbetet inom det avgränsade geografiska området.

Uppdraget är delat i två huvudområden vilka är; samverkan mellan region, kommun och lokala aktörer samt genomförande av uppsökande hälsofrämjande insatser. Arbetet avser otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, riskbruk av alkohol, tobaksbruk, sömnvanor samt stress. Nivån på uppdraget är hälsofrämjande, det vill säga att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska eller sociala välbefinnande. Kompensatoriska insatser är utgångspunkten vid val av grupper och insatser. Kompensatoriska insatser innebär insatser för dem som har behov av stöd och som inte får det stöd de behöver. Syftet är att minska ojämlikhet i hälsa.

I uppdraget ingår även ett kontinuerligt uppföljningsuppdrag vilket innebär att bevaka hälsoläget i befolkningen och genomföra en behovsinventering i det geografiska området. Identifiering av grupper med behov av hälsofrämjande insatser genomförs i dialog mellan region och kommun samt med andra lokala aktörer. I uppdraget ingår även att ha aktuella hälsodata som grund för detta ändamål. Uppdraget kommer att kunna kopplas samman med uppdraget vid framtidens hälsocentraler.

En lokal samordnare arbetar med uppdraget på varje vårdcentrum alternativt på hälsocentral med förstärkt hälsouppdrag där vårdcentrum inte finns. En regional samordnare arbetar länsövergripande med att samordna arbetet. De lokala samordnarna skapar ett nätverk för erfarenhetsutbyte. Det lokala samordningsarbetet föreslås ske inom ramen för närvårdssamverkan. Delprojektet för förstärkt geografiskt hälsouppdrag har gett konkreta förslag och där planen är att genomföra två piloter i samverkan med berörda kommuner under 2020. Kostnad för piloterna uppgår till cirka en miljon kronor för 2020 och finns avsatt i regionplan och budget 2020. Det finns stora möjligheter till samordning av regionala och kommunala verksamheter samt med övriga aktörer exempelvis statliga myndigheter och ideella organisationer.

5.4 Insatser för psykisk hälsa för barn och unga vid vårdcentrum

I februari 2019 beslutade utskottet för hälso- och sjukvård om ett uppdrag att utreda och komma med förslag som förbättrar vården på primärvårdsnivån rörande barn och ungas psykiska hälsa. Med detta ingångsvärde skulle också en översyn av hela vårdkedjan göras i syfte att öka tillgängligheten till vård. Kerstin Evelius, tidigare regeringens nationella samordnare ansvarar för utredningsarbetet inom regionen. Utredningen genomförs inom ramen för effektiv och nära vård 2030.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) rekommenderar att primärvårdsnivå, eller första linjen, för barn och unga med psykisk ohälsa ska vara:

- ✓ Tillgänglig – där det är enkelt att få hjälp
- ✓ Heltäckande – som inte missar någon
- ✓ Högkvalitativ – som ger rätt insats i rätt tid

Med detta avses den eller de funktioner eller verksamheter som har i uppgift att först ta emot barn och ungdomar som mår psykiskt dåligt eller deras familjer – oavsett om problemet har psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska orsaker. Det finns i dag ingen tydlig reglering om vad som ska göras i olika verksamheter eller av olika huvudmän när det gäller primärvårdsnivån.

Erfarenheterna hittills är att det finns stort engagemang och patientfokus bland dem som arbetar för att förbättra psykisk hälsa bland barn och unga. Det finns däremot behov av att utveckla styrning och uppföljning, genomlysa den administrativa bördan för medarbetare, utveckla samarbeten för förebyggande och hälsofrämjande insatser, stärkt delaktighet och inflytande för barn och unga i länet, etablera en arena för gemensam analys och kompetensutveckling samt att nyttja förslagen om en förnyad vårdstruktur så att insatserna nivåstruktureras och tydliggörs för invånarna. Rapport i bilaga.

Bild från rapporten "Barn och ungas psykiska hälsa Region Uppsala 2020-2030"

Under hösten startar arbete för att minska väntetider till vård samt start av behovs- och resursanalys tillsammans med kommuner och andra berörda aktörer utifrån lokala förutsättningar. Utskottet för hälso- och sjukvård ställde sig bakom förslagen i augusti 2019.

5.5 Sjukhusbaserade funktioner som bör ingå i ett vårdcentrum

Under projektets genomförande har behovet av att vissa funktioner som idag finns på sjukhus flyttas ut till framtida vårdcentrum. Vissa verksamheter är att betrakta som primärvård exempelvis samtalsmottagningar, mödrahälsovård och barnhälsovård medan vissa är somatisk eller psykiatrisk vård. Verksamheter som ska ingå i ett vårdcentrum är:

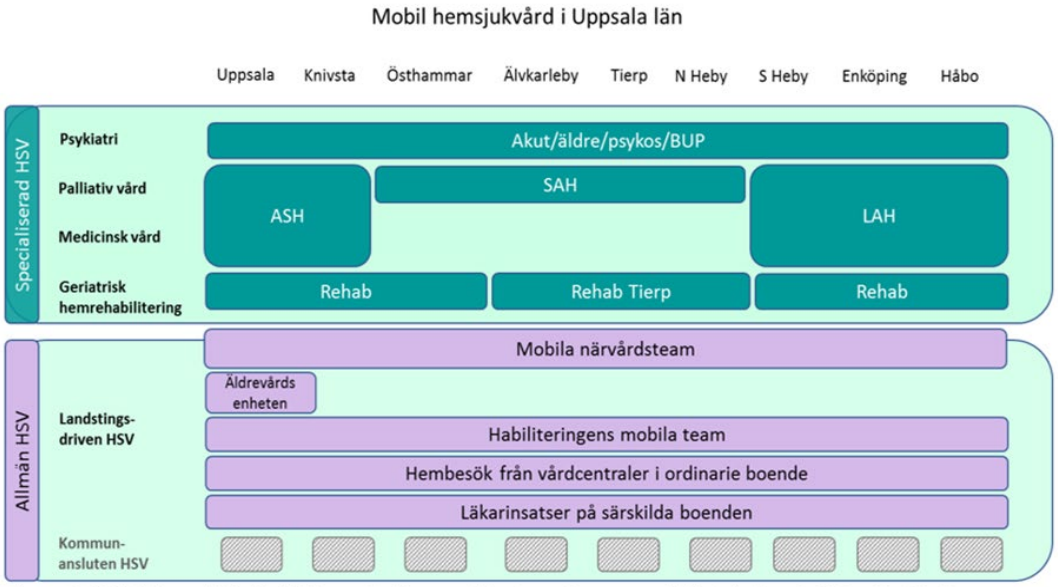
- Geriatrisk mottagning som bemannas av geriatriker någon dag per vecka men som kan behöva anpassas till lokala behov.
- Barnmedicinsk verksamhet som bemannas med barnläkare, barnsjuksköterskor, psykologer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, barnskyddsteam samt specialist inom barnhälsovård.
- Psykiatrisk verksamhet exempelvis inom neuropsykiatri och internetbaserad behandling, sambedömning och konsultationer.

Det finns även andra sjukhusbaserade funktioner som diskuterats i projektet och som kommer att prövas utifrån lokala förutsättningar och huruvida det är lämpligt att sprida ut kompetenser på flera vårdcentra. Arbetet kommer att fortsätta under hösten 2019.

5.6 Vård i hemmet - mobila verksamheter

För att klara utmaningarna i hälso- och sjukvården behöver den nära vården flytta närmare patienter och brukare. En avgörande del är möjligheten för fler patienter med komplexa vård-

och omsorgsbehov att få en säker och god vård i det egna hemmet i stället för på sjukhus. Vården i hemmet behöver bli en integrerad del av andra former av nära vård och omsorg. Det förutsätter att möjligheten till mobila hembesök, digitala vårdmöten och observation i hemmet blir en självklar del av vården hemma. I rapporten ”Effektiv och nära vård 2030” beskrevs den mobila verksamheten översiktligt (se bild).



Figur 6. Mobil hemsjukvård i Uppsala län; mobila team inom specialistvården (mörkgrön färg),

Under åren har kompletterande avtal, riktlinjer och rutiner tagits fram vid olika tillfällen i Uppsala län. Utvecklingen har delvis skett lokalt och har inneburit att olika lösningar för vård i hemmet har etablerats på olika platser i länet. Det har inneburit en ökad risk för ojämlik vård i länet och oklara förhållanden mellan huvudmän och utförare. Gränsen mellan huvudmännens och olika verksamheters ansvar för vård i hemmet är delvis oklar. Det har exempelvis framkommit otydligheter i samarbetet rörande den lasarettanslutna hemsjukvården i Enköping, vilket behöver belysas länsövergripande.

Arbetet med utvecklingen av vårdstrukturen i länet omfattar förutsättningarna för att ge fler patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov god och säker vård i det egna hemmet i stället för på sjukhus. Något som lyfts under vårens arbete är behov av en enhet för stöd och råd vid medicinska ställningstaganden rörande patienter med flera och svåra diagnoser. Det finns redan idag exempel på äldrevårdsenheter där verksamheter samlas utifrån en viss målgrupp. Utgångspunkten är att det ska finnas en enhet kopplad till vårdcentrum som också utgör basen för mobila team. Det finns behov av fortsatt utveckling bland annat genom att utreda samordningsmöjligheter mellan olika typer av mobila verksamheter och att se över förutsättningarna för att driva verksamhet i samverkansform mellan region och berörda kommuner.

6 Projekt inom vårdcentrumutvecklingen under hösten 2019

För att nå målet avseende utvecklingen av vårdcentrum krävs fortsatt arbete och ytterligare konkretiseringar. I följande matris beskrivs exempel på projekt som kommer att pågå hösten 2019 och vilka huvudmän som blir involverade. Vissa av projekten har som utgångspunkt att komma med förslag som innebär en integrerad närvårdssamverkan mellan region och kommun, medan vissa kommer handlar om samordnade verksamheter.

Projekt	Aktiviteter	Region	Kommun
Psykisk hälsa barn och unga	Köfri vård sommaren 2020 Flödes- och behovsanalyser Förebyggande, hälsofrämjande, samskapande Psykisk hälsa vuxna Potential att samordna alt. integrerad närvårdssamverkan	X X	X
Närvårdsavdelning	Ytterligare konkretisering av vårdnivå och kostnader – integrerad närvårdssamverkan	X	X
Förstärkt geografiskt hälsouppdrag	Förbereda för två piloter i länet. Potential att samordna.	X	X
Närmottagningar	Definition innehåll i närmottagningar samt föreslå geografiska placeringar. Potential att samordna.	X	X
Vård i hemmet - mobila verksamheter	Steg 1 Kartläggning befintliga verksamheter och förtydligande ansvarsförhållande mellan huvudmän. Steg 2 fördjupad översyn. Potential att samordna.	X	X
Sjukhusbaserade funktioner inom geriatrik, barnmedicin och psykiatri	Kartlägga vårdbehov, beskriva former och innehåll för verksamheten på vårdcentrum	X	
Akutverksamhet på vårdcentrum	Kartlägga befintliga jourmottagningar samt förslag på framtida akutverksamhet	X	X

§ 29 Dnr: KS-2019/944

Egenavgifter hemsjukvård

Kommunstyrelsens beslut
Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige:

1. Kommunfullmäktige fastställer avgiften för hemsjukvård till 150 kronor per besök av legitimerad personal, med max tre avgiftsbelagda besök per månad och att avgiften ingår i maxtaxan.
2. Avgiften gäller från och med den 1 april 2020.

Sammanfattning av ärendet
Enligt beslut av kommunfullmäktige är de insatser som utförs av legitimerad personal så som sjuksköterskor, arbetsterapeuter eller sjukgymnaster/fysioterapeuter avgiftsbelagda. Om brukaren inte själv, eller med hjälp av assistans/ledsagaren, kan ta sig till av Region Uppsala finansierad primärvård är denne berättigad att erhålla hemsjukvård. Samtliga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter som utför hälso- och sjukvårdsinsatser och hemrehabilitering i brukarens bostad anses utföra hemsjukvård. Detta gäller inte personal inom hemtjänsten som erhållit dessa uppgifter genom delegering/instruktion.

Knivsta kommun tar ut en avgift för hemsjukvården. Socialnämnden föreslår att avgiften höjs.

Underlag för beslut
- Tjänsteutlåtande 2020-01-22
- Socialnämndens beslut § 131, 2019-12-12
- Socialnämndens tjänsteskrivelse 2019-11-26

Arbetsutskottets förslag till beslut var detsamma som tjänsteutlåtandets.

Beslutet ska skickas till
Akten

Knivsta kommun

Handläggare
Emir Subasic
Administrativ chef
Vård- och omsorgschef

Tjänsteskrivelse
2020-01-22

Diarienummer
KS-2019/944

Kommunstyrelsen

Egenavgifter hemsjukvård

Förslag till beslut
Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige:

1. Kommunfullmäktige fastställer avgiften för hemsjukvård till 150 kronor per besök av legitimerad personal, med max tre avgiftsbelagda besök per månad och att avgiften ingår i maxtaxan.
2. Avgiften gäller från och med den 1 april 2020.

Sammanfattning av ärendet
Enligt beslut av kommunfullmäktige är de insatser som utförs av legitimerad personal så som sjuksköterskor, arbetsterapeuter eller sjukgymnaster/fysioterapeuter avgiftsbelagda.

Om brukaren inte själv eller med hjälp av assistans/ledsagaren, kan ta sig till av Region Uppsala finansierad primärvård är denne berättigad att erhålla hemsjukvård. Samtliga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter som utför hälso- och sjukvårdsinsatser och hemrehabilitering i brukarens bostad anses utföra hemsjukvård. Detta gäller inte personal inom hemtjänsten som erhållit dessa uppgifter genom delegering/instruktion.

Knivsta kommun tar ut en avgift för hemsjukvården. Socialnämnden föreslår kommunstyrelsen att föreslå kommunfullmäktige besluta att avgiften höjs.

Bakgrund
Knivsta kommun debiterar från och med 1 januari 2018 en avgift för hembesök av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast (fysioterapeut). Avgiften har fastställts av kommunfullmäktige den 17 november 2017 och ingår i maxtaxan. Avgiften är 0,22 % av prisbasbeloppet per besök och rör personer i ordinärt boende. Varje hembesök av legitimerad personal i den kommunala hemsjukvården kostar 102 kronor men högst tre besök per månad debiteras (3 x 102 kr = 306 kr). Om brukaren har både hemtjänst och hemsjukvård betalar brukaren som mest 2089 kr (2019 års maxtaxa) per kalendermånad. De belopp som anges i tjänsteskrivelsen är beräknade utifrån det aktuella prisbasbeloppet för 2019 (46 500 kronor)

Sammantaget gör förvaltningen bedömningen att det finns skäl för att likt flera andra kommuner i länet ta ut högre avgift för hemsjukvården och således likställa den med besöksavgiften hos primärvården vilken motsvarar 150 kronor per besök. Eftersom en sådan avgift faller inom ramen för den kommunala maxtaxan för äldreomsorgen, kan avgift endast tas ut om så kallat avgiftsutrymme finns enligt socialtjänstlagens regler för beräkning av

äldreomsorgsavgifter. För de brukare som bedöms sakna avgiftsutrymme är hemsjukvården gratis även framöver.

Ekonomisk konsekvensanalys
Avgiftshöjningar får givetvis ekonomiska konsekvenser för den enskilde. Maxtaxan inom äldreomsorgen ger dock skydd för de ekonomiskt mest utsatta personerna. Konsekvenserna på intäktssidan för kommunen prognosticeras ge ökad intäkt på 45 000 kronor per år, med viss felmarginal, med hänsyn till det relativt komplicerade regelverket för avgifter.

Det är i stor utsträckning äldre personer som nyttjar hemsjukvård. Målgruppen äldre beräknas öka drastiskt i Knivsta kommun under kommande år, varför även kommunens kostnader kommer att öka. De avgifter som kommunen enligt lag har rätt att ta ut är därmed något kommunfullmäktige föreslås att göra. I och med de ökade volymerna kommer även den beräknade intäkten till kommunen att öka framöver.

Förändringen föreslås ur ett ekonomiskt perspektiv för Knivsta kommun, men är i och med en individuella bedömning om avgiftsutrymme för den enskilde även möjlig sett ur ett brukarperspektiv.

Barnkonsekvensanalys
Barnkonsekvensanalys är gjord enligt checklista.

Övriga underlag för beslut
Socialnämndens beslut § 131, 2019-12-12
Tjänsteskrivelse, 2019-11-26

Daniel Lindqvist
Kommundirektör

Beslutet ska skickas till
Akten
Socialchef

Knivsta kommun

Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Enligt FN är alla under 18 år att betrakta som barn

Ja ☒ Nej ☐

Ärendet rör barn i mycket begränsad omfattning eftersom hälso- och sjukvårdsansvaret från och med 17 år berör väldigt få barn.

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

2. Hur har barns bästa beaktats?

Inget särskilt är utrett med hänsyn till att det är osannolikt att något barn (förälder) skulle debiteras.

3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

Inga kända.

4. Barn tillfrågas vid övergripande fleråriga planer/styrdokument. Har så skett?

Ja ☐ Nej ☐

Inte aktuellt. Beslutet rör inte övergripande flerårig plan/flerårigt styrdokument ☒

Om ja, förklara på vilket sätt barn varit delaktiga i beslutet, vilka åsikter barnen lyft fram samt hur dessa åsikter beaktats i beslutet. Om nej, förklara varför barn inte tillfrågats.

§ 131

Egenavgifter hemsjukvård
SN-2019/354

Beslut

Socialnämnden föreslår kommunstyrelsen att föreslå kommunfullmäktige besluta

att fastställa avgiften för hemsjukvård till 150 kronor per besök av legitimerad personal, med max tre avgiftsbelagda besök per månad och att avgiften ingår i maxtaxan,

att avgiften gäller från och med 1 april 2020.

Yrkande

Britt-Louise Gunnar (S) yrkar bifall till utsänt förslag till beslut samt tilläggsyrkar att socialnämnden föreslår att kommunfullmäktige fatta beslutet.

Propositionsordning

Ordföranden ställer utsänt förslag till beslut tillsammans med tilläggsyrkandet mot avslag och finner att nämnden bifaller förslaget samt yrkandet.

Sammanfattning av ärendet

Enligt beslut av kommunfullmäktige är de insatser som utförs av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter avgiftsbelagda.

Om brukaren inte själv eller med hjälp av assistans/ledsagare, kan ta sig till av Region Uppsala finansierad primärvård är denne berättigad att erhålla hemsjukvård. Samtliga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter som utför hälso- och sjukvårdsinsatser och hemrehabilitering i brukarens bostad anses utföra hemsjukvård. Detta gäller inte personal inom hemtjänsten som erhållit dessa uppgifter genom delegering/instruktion.

Underlag i ärendet

- Tjänsteskrivelse 2019-11-26

Emir Subasic, tillförordnad stabschef, informerar.

Beslut skickas till

Akten
Socialchef

Knivsta kommun

Handläggare	Tjänsteskrivelse	Diarienummer
Emir Subasic	2019-11-26	SN-2019/354
T f Stabschef		

Socialnämnden

Egenavgift hemsjukvård

Förslag till beslut

Socialnämnden föreslår kommunstyrelsen besluta

att fastställa avgiften för hemsjukvård till 150 kronor per besök av legitimerad personal, med max tre avgiftsbelagda besök per månad och att avgiften ingår i maxtaxan.

att avgiften gäller från och med 1 april 2020.

Sammanfattning av ärendet

Enligt beslut av kommunfullmäktige är de insatser som utförs av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter avgiftsbelagda.

Om brukaren inte själv eller med hjälp av assistans/ledsagare, kan ta sig till av Region Uppsala finansierad primärvård är denne berättigad att erhålla hemsjukvård. Samtliga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter som utför hälso- och sjukvårdsinsatser och hemrehabilitering i brukarens bostad anses utföra hemsjukvård. Detta gäller inte personal inom hemtjänsten som erhållit dessa uppgifter genom delegering/instruktion.

Bakgrund

Knivsta kommun tar från och med 1 januari 2018 en avgift för hembesök av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast (fysioterapeut). Avgiften har fastställts av kommunfullmäktige den 17 november 2017 och ingår i maxtaxan. Avgiften är 0,22 % av prisbasbeloppet per besök och rör personer i ordinärt boende. Varje hembesök av legitimerad personal i den kommunala hemsjukvården kostar 102 kronor men högst tre besök per månad debiteras (3 x 102 kr = 306 kr). Om brukaren har både hemtjänst och hemsjukvård betalar brukaren som mest 2089 kr (2019 års maxtaxa) per kalendermånad. De belopp som anges i tjänsteskrivelsen är beräknade utifrån det aktuella prisbasbeloppet för 2019 (46 500 kronor).

Sammantaget gör kontoret bedömningen att det finns skäl för att likt flera andra kommuner i länet ta ut högre avgift för hemsjukvården och således likställa den med besöksavgiften hos primärvården vilken motsvarar 150 kronor per besök. Eftersom en sådan avgift faller inom ramen för den kommunala maxtaxan för äldreomsorgen, kan avgift endast tas ut om så kallat avgiftsutrymme finns enligt socialtjänstlagens regler för beräkning av äldreomsorgsavgifter.

Knivsta kommun

Ekonomisk konsekvensanalys
Avgiftshöjningar får givetvis ekonomiska konsekvenser för den enskilde. Maxtaxan inom äldreomsorgen ger dock skydd för de ekonomiskt mest utsatta personer som berörs. Konsekvenserna på intäktssidan för kommunen prognostiseras ge ökad intäkt på 45 000 kronor per år, med viss felmarginal av hänsyn till det relativt komplicerade regelverket för avgifter.

Förslaget föreslås träda i kraft från och med 2020-04-01.

Barnkonsekvensanalys
Barnkonsekvensanalys är gjord enligt checklista.

Catrin Josephson
Socialchef

Beslutet ska skickas till
Akten
Socialchef

Knivsta kommun

Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Enligt FN är alla under 18 år att betrakta som barn

Ja ☒ Nej ☐

Ärendet rör barn i mycket begränsad omfattning eftersom hälso- och sjukvårdsansvaret från och med 17 år berör väldigt få barn.

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

2. Hur har barns bästa beaktats?

Inget särskilt är utrett med hänsyn till att det är osannolikt att något barn (förälder) skulle debiteras.

3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

Ej kända.

4. Barn tillfrågas vid övergripande fleråriga planer/styrdokument. Har så skett?

Ja ☐ Nej ☒

Inte aktuellt. Beslutet rör inte övergripande flerårig plan/flerårigt styrdokument ☒

Om ja, förklara på vilket sätt barn varit delaktiga i beslutet, vilka åsikter barnen lyft fram samt hur dessa åsikter beaktats i beslutet. Om nej, förklara varför barn inte tillfrågats.

§ 28 Dnr: KS-2019/942

Avgift för ledsagning enligt socialtjänstlagen

Kommunstyrelsens beslut
Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige:

1. Kommunfullmäktige inför en avgift för ledsagarservice enligt socialtjänstlagen.
2. Kommunfullmäktige beslutar att en avgift tas ut per tillfälle på 200 kronor.
3. Avgiften ska gälla från och med 2020-04-01.

Sammanfattning av ärendet
Ledsagning ges som bistånd med stöd av socialtjänstlagen (SoL) eller med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Ledsagning enligt LSS kan inte avgiftsbeläggas.

Ledsagning enligt SoL är en hemtjänstinsats. Det innebär att ledsagning kan ingå som del i ett större beslut om hemtjänst eller beviljas som enskild insats. Insatsen kan avgiftsbeläggas. I Knivsta kommun är övrig hemtjänst avgiftsbelagd, men ledsagning är avgiftsfri för den enskilde. Socialnämnden föreslår att även ledsagning enligt SoL ska avgiftsbeläggas.

Övriga underlag för beslut
- Tjänsteutlåtande 2020-01-22
- Socialnämndens beslut 2019-12-12, § 130
- Socialnämndens tjänsteskrivelse, 2019-11-26

Arbetsutskottets förslag till beslut var detsamma som tjänsteutlåtandets.

Beslutet ska skickas till
Akten

Handläggare
Emir Subasic
Administrativ chef
Vård- och omsorgskontoret

Tjänsteskrivelse
2020-01-22

Diarienummer
KS-2019/942

Kommunstyrelsen

Avgift för ledsagning enligt socialtjänstlagen

Förslag till beslut
Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige:

1. Kommunfullmäktige inför en avgift för ledsagarservice enligt socialtjänstlagen.
2. Kommunfullmäktige beslutar att en avgift tas ut per tillfälle på 200 kronor.
3. Avgiften ska gälla från och med 2020-04-01.

Sammanfattning av ärendet
Ledsagning ges som bistånd med stöd av socialtjänstlagen (SoL) eller med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Ledsagning enligt LSS kan inte avgiftsbeläggas.

Ledsagning enligt SoL är en hemtjänstinsats. Det innebär att ledsagning kan ingå som del i ett större beslut om hemtjänst eller beviljas som enskild insats. Insatsen kan avgiftsbeläggas. I Knivsta kommun är övrig hemtjänst avgiftsbelagd, men ledsagning är avgiftsfri för den enskilde. Socialnämnden föreslår kommunstyrelsen att föreslå kommunfullmäktige besluta att även ledsagning enligt SoL ska avgiftsbeläggas.

Bakgrund
Sammanfattning av ärendet
Ledsagning är enligt Socialstyrelsens termbank en insats i form av följeslagare ute i samhället för person med funktionsnedsättning. Ledsagning ges som bistånd med stöd av Socialtjänstlagen (SoL) eller med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Ledsagning enligt LSS är en av tio insatser för personer i LSS personkrets. Insatser enligt LSS kan inte avgiftsbeläggas.

Ledsagning enligt SoL är en hemtjänstinsats. Det innebär att ledsagning kan ingå som del i ett större beslut om hemtjänst eller beviljas som enskild insats. Insatsen kan liksom övrig hemtjänst avgiftsbeläggas. I Knivsta kommun är dock ledsagning avgiftsfri för den enskilde.

Alla insatser som biståndshandläggare beslutar om enligt socialtjänstlagen bedöms utifrån den enskildes behov och insatserna ges per tillfälle. En insats kan således variera i tid utifrån den enskildes behov. I Knivsta kommun betalar den enskilde hemtjänstavgift utifrån hur många timmar personen får sin insats utförd per månad. Insatsen ledsagning enligt SoL blir således en avgift som faller inom ramen för den kommunala maxtaxan för äldreomsorgen motsvarande insats om hemtjänst, vilket innebär att avgift endast tas ut om så kallat avgiftsutrymme finns enligt socialtjänstlagens regler för beräkning av äldreomsorgsavgifter. Den brukare som enligt avgiftsutredningen inte har utrymme att betala får alltså hemtjänstinsatserna gratis, så även ledsagning, även framöver.

Nuläge
I Knivsta kommun finns det mellan 55 – 60 personer som har beslut om ledsagning enligt SoL. Beslut om insatsen kan variera över tid. I genomsnitt är det 85 timmar som registreras som utförd tid per månad. Mängden utförd tid som registreras som ledsagning enligt SoL varierar från 50 till 130 timmar per månad.

Kartläggningen ger emellertid ingen enhetlig bild av ledsagningsinsatserna i riket utan former, omfattning, villkor och begränsningar för ledsagningsinsatsen varierar. Beträffande avgifter för ledsagning enligt SoL är bilden långt ifrån enhetlig. I fyra av tio kommuner är ledsagningen avgiftsfri medan den i övriga är avgiftsbelagd. Vanligast är att avgiften är timbaserad utifrån ett individuellt beräknat avgiftsunderlag. I vissa kommuner ingår avgiften i högkostnadsskyddet men inte i andra.

Ekonomisk konsekvensanalys
Konsekvenser som blir för den enskilde som har beslut om ledsagning enligt Socialtjänstlagen 4 kap1§, är att denne får betala per genomförd tillfälle för att få ledsagning utfört samt att det blir en avgiftshöjning för den enskilde som har avgiftsutrymme. Maxtaxan inom äldreomsorgen ger dock skydd för de ekonomiskt mest utsatta personer som berörs eftersom avgiften för den enskilde kan aldrig bli högre än 2 089 kronor per kalendermånad vilket är avgiften för maxtaxan (2019). Kommunens regler för maxtaxa och förbehållsbelopp gäller även för avgift för ledsagning enligt SoL.

Kommunens kostnader för äldreomsorg ökar ständigt i takt med den ökande andelen äldre. De avgifter som kommunen enligt lag har rätt att ta ut är därmed något kommunfullmäktige föreslås att göra.
Utifrån det antal personer som har den beviljade insatsen ledsagning enligt SoL idag kan kommunen förvänta sig en prognostiserad intäkt på 50 000 kronor per år. Beslut om insatsen kan variera över tid vilket gör det svårt att beräkna intäkter över tid. Målgruppen äldre beräknas dock öka drastiskt i Knivsta kommun under kommande år, varför målgruppen, kommunens kostnader och även den här intäkten till kommunen bedöms öka framöver. Förändringen föreslås ur ett ekonomiskt perspektiv för Knivsta kommun, men är i och med maxtaxa och individuell bedömning om avgiftsutrymme även möjlig sett ur ett brukarperspektiv.

Barnkonsekvensanalys
Barnkonsekvensanalys är gjord enligt checklista.

Övriga underlag för beslut
Tjänsteutlåtande 2020-01-22
Socialnämndens beslut 2019-12-12, § 130
Tjänsteskrivelse, 2019-11-26

Daniel Lindqvist
Kommundirektör

Beslutet ska skickas till
Akten
Socialchef

Knivsta kommun

Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Enligt FN är alla under 18 år att betrakta som barn

Ja ☐ Nej ☒

Förklara oavsett svar.

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

2. Hur har barns bästa beaktats?

3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

4. Barn tillfrågas vid övergripande fleråriga planer/styrdokument. Har så skett?

Ja ☐ Nej ☐

Inte aktuellt. Beslutet rör inte övergripande flerårig plan/flerårigt styrdokument ☒

Om ja, förklara på vilket sätt barn varit delaktiga i beslutet, vilka åsikter barnen lyft fram samt hur dessa åsikter beaktats i beslutet. Om nej, förklara varför barn inte tillfrågats.

§ 130

Avgift för ledsagning enligt socialtjänstlagen
SN-2019/353

Beslut

Socialnämnden föreslår kommunstyrelsen att föreslå kommunfullmäktige besluta

att införa avgift för ledsagarservice enligt socialtjänstlagen (SoL),

att en avgift tas per tillfälle på 200 kronor,

att avgiften ska gälla från och med 2020-04-01.

Yrkanden

Britt-Louise Gunnar (S) yrkar att andra att-satsen ändras till att en avgift tas per tillfälle på 200 kronor. Fredrik Rosenbecker (V), Eva Okfors (M), Lotta Wiström (L) och Synnöve Adell (KD) yrkar bifall till yrkandet.

Monica Lövgren (SD) yrkar avslag på utsänt förslag till beslut och lämnar in en röstförklaring (protokollsbilaga 1).

Propositionsordning

Ordförande ställer först Monica Lövgrens (SD) avslagsyrkande mot avslag och finner att nämnden avslår yrkandet.

Därefter ställer ordföranden att-sats 1 i utsänt förslag till beslut mot avslag och finner att nämnden bifaller att-sats 1. Sedan ställer ordföranden att-sats 2 i utsänt förslag till beslut mot Britt-Louise Gunnars (S) yrkande och finner att nämnden bifaller yrkandet. Till sist ställer ordföranden att-sats 3 i utsänt förslag till beslut mot avslag och finner att nämnden bifaller att-sats 3.

Sammanfattning av ärendet

Ledsagning är enligt Socialstyrelsens termbank en insats i form av följeslagare ute i samhället för person med funktionsnedsättning. Ledsagning ges som bistånd med stöd av socialtjänstlagen, SoL, eller med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Ledsagning enligt SoL innebär att ledsagning kan ingå som del i ett beslut om hemtjänst eller beviljas som enskild insats. Insatsen kan avgiftsbeläggas.

Ledsagning enligt LSS är en av tio insatser för personer i LSS personkrets.

Insatser enligt LSS kan inte avgiftsbeläggas.

Underlag i ärendet

- Tjänsteskrivelse 2019-11-26

Emir Subasic, tillförordnad stabschef, och Catrin Josephson, socialchef, informerar.

Beslutet skickas till

Akten
Socialchef

Knivsta kommun

Handläggare
Emir Subasic
T f Stabschef

Tjänsteskrivelse
2019-11-26

Diarienummer
SN-2019/353

Socialnämnden

Avgift för ledsagning enligt Socialtjänstlagen

Förslag till beslut
Socialnämnden föreslår kommunstyrelsen att föreslå kommunfullmäktige besluta

att införa avgift för ledsagarservice enligt Socialtjänstlagen (SoL),

att insatsen avgiftsbeläggs per utförd timme och taxan motsvarar avgift för utförd hemtjänsttid, 279 kronor per timme (2019),

avgiften ska gälla från och med 2020-04-01.

Sammanfattning av ärendet
Ledsagning är enligt Socialstyrelsens termbank en insats i form av följeslagare ute i samhället för person med funktionsnedsättning. Ledsagning ges som bistånd med stöd av Socialtjänstlagen, SoL eller med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Ledsagning enligt SoL innebär att ledsagning kan ingå som del i ett beslut om hemtjänst eller beviljas som enskild insats. Insatsen kan avgiftsbeläggas.

Ledsagning enligt LSS är en av tio insatser för personer i LSS personkrets.
Insatser enligt LSS kan inte avgiftsbeläggas.

Bakgrund
I Knivsta kommun är ledsagning enligt SoL avgiftsfri för den enskilde. Alla insatser som biståndshandläggare beslutar enligt socialtjänstlagen bedöms utifrån den enskildes behov och insatserna ges per tillfälle. En insats kan således variera i tid utifrån den enskildes behov. I Knivsta kommun betalar den enskilde hemtjänstavgift utifrån hur många timmar personen får sin insats utförd per månad. Insatsen ledsagning enligt SoL blir således en avgift som faller inom ramen för den kommunala maxtaxan för äldreomsorgen motsvarande insats om hemtjänst, vilket innebär att avgift endast tas ut om s.k. avgiftsutrymme finns enligt socialtjänstlagens regler för beräkning av äldreomsorgsavgifter.

Nuläge
I Knivsta kommun finns det mellan 55 – 60 personer som har beslut om ledsagning enligt SoL. Beslut om insatsen kan variera över tid. I genomsnitt är det 85 timmar som registreras som utförd tid per månad. Mängden utförd tid som registreras som ledsagning enligt SoL varierar från 50 till 130 timmar per månad.

Kartläggningen ger emellertid ingen enhetlig bild av ledsagningsinsatserna i riket utan former, omfattning, villkor och begränsningar för ledsagningsinsatsen varierar. Beträffande avgifter för ledsagning enligt SoL är bilden långt ifrån enhetlig. I fyra av tio kommuner är ledsagningen avgiftsfri medan den i övriga är avgiftsbelagd. Vanligast är att avgiften är

timbaserad utifrån ett individuellt beräknat avgiftsunderlag. I vissa kommuner ingår avgiften i högkostnadsskyddet men inte i andra.

Ekonomisk konsekvensanalys
Konsekvenser som blir för den enskilde som har beslut om ledsagning enligt Socialtjänstlagen 4 kap.1§, är att denne får betala per utförd timme för att få ledsagning utfört samt att det blir en avgiftshöjning för den enskilde som har avgiftsutrymme. Maxtaxan inom äldreomsorgen ger dock skydd för de ekonomiskt mest utsatta personer som berörs eftersom avgiften för den enskilde kan aldrig bli högre än 2 089 kronor per kalendermånad vilket är avgiften för maxtaxan (2019). Kommunens regler för maxtaxa och förbehållsbelopp gäller även för avgift för ledsagning enligt SoL.

Utifrån det antal personer som har den beviljade insatsen ledsagning enligt SoL idag kan kommunen förvänta sig en prognostiserad intäkt på 100 000 per år . Beslut om insatsen kan variera över tid vilket gör det svårt att beräkna intäkter över tid.

Barnkonsekvensanalys
Barnkonsekvensanalys är gjord enligt checklista.

Catrin Josephson
Socialchef

Beslutet ska skickas till

Akten
Socialchef

Knivsta kommun

Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Enligt FN är alla under 18 år att betrakta som barn

Ja ☐ Nej ☐

Förklara oavsett svar.

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

2. Hur har barns bästa beaktats?

3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

4. Barn tillfrågas vid övergripande fleråriga planer/styrdokument. Har så skett?

Ja ☐ Nej ☐

Inte aktuellt. Beslutet rör inte övergripande flerårig plan/flerårigt styrdokument ☐

Om ja, förklara på vilket sätt barn varit delaktiga i beslutet, vilka åsikter barnen lyft fram samt hur dessa åsikter beaktats i beslutet. Om nej, förklara varför barn inte tillfrågats.

§ 21 KS-2019/883

Återrapport initiativ till praktikplatser för nyanlända 2019

Kommunstyrelsens beslut

1. Praktikplatsläget ska på nytt redovisas till kommunstyrelsens första sammanträde 2021.
2. Kommunstyrelsens anmäler rapporten till kommunfullmäktige.

Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige:

1. Kommunfullmäktige upphäver uppdraget om återrapportering.

Yrkande

Peter Evansson (S) tilläggsyrkar att kommunstyrelsen ska föreslå att kommunfullmäktige upphäver uppdraget om återrapportering.

Claes Litsner (S) yrkar bifall till Peter Evanssons yrkande.

Propositionsordning

Ordföranden ställer arbetsutskottets förslag till beslut samt det egna tilläggsyrkandet mot avslag och finner att kommunstyrelsen bifaller förslaget och yrkandet.

Sammanfattning av ärendet

Sammantaget uppger de kommunala verksamheterna att antalet praktikplatser som har erbjudits nyanlända personer 2019 är 26 platser. Tre av kommunens kontor har erbjudit praktikplatser till nyanlända personer, varav ett kontor har erbjudit mer än hälften av praktikplatserna 2019. Majoriteten av de kommunala verksamheterna vet inte om de kommer att ta emot praktikanter våren 2020.

Underlag för beslut

- Tjänsteutlåtande 2019-12-10
- Rapport – Återrapportering initiativ till praktikplatser för nyanlända 2019

Arbetsutskottets förslag till beslut var detsamma som tjänsteutlåtandets.

Beslutet ska skickas till

Akten
Samtliga nämnder

Knivsta kommun

Handläggare
Ida Larsson
Samordnare integration och folkhälsa

Tjänsteskrivelse
2019-12-10

Diarienummer
KS-2019/883

Kommunstyrelsen

Återrapport initiativ till praktikplatser för nyanlända 2019

Förslag till beslut

1. Praktikplatsläget ska på nytt redovisas till kommunstyrelsens första sammanträde 2021.
2. Kommunstyrelsens anmäler rapporten till Kommunfullmäktige.

Sammanfattning av ärendet

Sammantaget uppger de kommunala verksamheterna att antalet praktikplatser som har erbjudits nyanlända personer 2019 är 26 platser. Tre av kommunens kontor har erbjudit praktikplatser till nyanlända personer, varav ett kontor har erbjudit mer än hälften av praktikplatserna 2019. Majoriteten av de kommunala verksamheterna vet inte om de kommer att ta emot praktikanter våren 2020.

Bakgrund

Rapporten är en presentation av en lägesbild över kommunens initiativ till praktikplatser för nyanlända. Lägesbilden efterfrågas enligt kommunfullmäktigebeslut KF §123 2017-09-27, KS-2017/409. Samtliga kontor och bolag inbjöds att besvara en enkät rörande praktikplatser för nyanlända. Information via enkäten har inkommit från sju av åtta kontor och kommunala bolag.

Ekonomisk konsekvensanalys

Information och förslag till fortsatt uppföljning innebär inga ekonomiska konsekvenser.

Barnkonsekvensanalys

Barnkonsekvensanalys är gjord enligt checklista.

Övriga underlag för beslut

Rapport, återrapportering initiativ till praktikplatser för nyanlända 2019.

Beslutet ska skickas till

Akten
Samtliga nämnder

Daniel Lindqvist
Kommundirektör

Knivsta kommun

Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Enligt FN är alla under 18 år att betrakta som barn

Ja ☐ Nej ☒

Förklara oavsett svar.

Beslutet gäller endast information med förslag till fortsatt uppföljning. Att kommunen erbjuder praktikplatser till vuxna personer kan i längden påverka barn om det leder till sysselsättning eller bättre hälsa för deras vårdnadshavare.

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

2. Hur har barns bästa beaktats?

3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

4. Barn tillfrågas vid övergripande fleråriga planer/styrdokument. Har så skett?

Ja ☐ Nej ☐

Inte aktuellt. Beslutet rör inte övergripande flerårig plan/flerårigt styrdokument ☐

Om ja, förklara på vilket sätt barn varit delaktiga i beslutet, vilka åsikter barnen lyft fram samt hur dessa åsikter beaktats i beslutet. Om nej, förklara varför barn inte tillfrågats.

Återrapportering av initiativ till praktikplatser för nyanlända KS-2019/883

Bakgrund

Det här är en presentation av en lägesbild över kommunens initiativ till praktikplatser för nyanlända enligt kommunfullmäktigebeslut KF §123 2017-09-27:

- att samtliga nämnder ska erbjuda praktikplatser för nyanlända i respektive nämnds verksamhet
- att samtliga kommunala bolag uppmanas att erbjuda praktikplatser för nyanlända, samt
- att praktikplatsläget ska redovisas till kommunfullmäktige senast 7 mars 2018.

Återrapport samt fortsatt uppföljning enligt kommunstyrelsens beslut KS § 35, 2019-02-25.

Sammanfattning

Samtliga kontor och kommunala bolag inbjöds att besvara en enkät rörande praktikplatser för nyanlända. Information via enkäten har inkommit från sju av åtta kontor och bolag.

Sammantaget uppger de kommunala verksamheterna att 26 praktikplatser har erbjudits nyanlända personer under 2019. Motsvarande siffra för bolagen är noll. Fler praktikplatser har erbjudits nyanlända 2019 jämfört med 2017 och 2018, men färre kontor har erbjudit praktikplats. I stället har praktikplatserna koncentrerats till tre kontor. Vård- och omsorgskontoret har erbjudit mer än hälften av praktikplatserna 2019. Majoriteten av de kommunala verksamheterna vet inte om de kommer att ta emot praktikanter våren 2020.

Ett kontor uppger att beslutet har påverkat verksamheten att erbjuda praktikplatser till nyanlända. Andra vet inte om beslutet har påverkat eller har lämnat ett blankt svar.

Metod och svarsunderlag

En enkät skickades ut till samtliga kontor och kommunala bolag i november 2019. Varje kontorschef fick möjlighet att utse en eller flera kontaktpersoner att besvara enkäten. Kontorscheferna utsåg en person som svarade för hela, eller delar av kontoret och i andra fall svarade chef och vd själv. På kommunledningskontoret, bygg-och miljökontoret och utbildningskontoret svarade chefer på enhetsnivå. Totalt 14 respondenter har lämnat svar. Resultatet redovisas kontorsvis.

Alla kontor förutom kultur- och fritidskontoret, och bolagen har inkommit med information.

Den här rapporten presenterar en sammanställning av svaren. En enkät med samma frågor skickades ut i december 2017 och 2018. Den här rapporten jämför också antal praktikplatser som erbjudits mellan åren. Frågorna i enkäten finns i bilaga.

Definition

Beslutet rör nyanlända personer. Det finns olika definitioner av vem som är nyanländ beroende på målgrupp och eventuell insats, exempelvis utifrån lag om etableringsinsatser eller skollagen vad gäller elever. Initiativ till praktikplatser för nyanlända tolkas syfta till att

kommunen kan bidra till vägar in i arbete för personer som inte varit i Sverige länge, och som inte är etablerade på arbetsmarknaden.

En generös definition anses därför tillämplig. Nyanlända är i det här fallet *utrikes födda vuxna personer som varit i Sverige i upp till cirka fem* år.

Alla praktikplatser och anställningar som diskuteras i den här skrivelsen rör utrikes födda personer om inte annat anges. Detaljer om vistelsetid i Sverige och bakgrund har inte begärts in.

Resultat

Praktikplatser till nyanlända personer

Antal praktikplatser

Det råder variation mellan kontoren vad gäller erbjudandet av praktikplatser. Sammantaget har de kommunala verksamheterna uppgett att antalet praktikplatser som har erbjudits nyanlända personer 2019 är 26 och bolagen 0 platser. Som jämförelse uppgav de kommunala verksamheterna 2017 och 2018 att de erbjöd praktikplatser till 13 nyanlända vartdera året och bolagen 1 plats 2017 och 3 platser 2018. Över hälften av praktikplatserna har erbjudits på vård- och omsorgskontoret, varav alla har varit på Lyckträffen.

Av de totalt 26 personer som erbjudits praktikplats är det bara känt hur många som varit män respektive kvinnor i nio fall. Det går därför inte att säga något om den totala könsfördelningen. Bland dessa nio har sju varit kvinnor och två män. Hos utbildningskontoret har alla praktikanter varit kvinnor medan samhällsbyggnadskontoret har haft två män som praktikanter. Vård-och omsorgskontoret har inte kunnat svara på frågan om kön.

Har erbjudit praktikplats till nyanländ 2019. Redovisat kolumnvis per kontor och för alla bolagen.

Kontor/bolag	Ekonomi	Fritid- och kultur	HR	Kommun-ledning	Utbildning	Vård- och omsorg	Samhälls-byggnad	Bygg- och miljö	Bolagen	Total
Ja, antal		-			7	17	2			**26**
Nej	X	-	X	X				X	X	
Vet inte		-								

Har erbjudit praktikplats till nyanländ 2017-2019. Redovisat radvis per kontor och för alla bolagen. Ja (antal), nej (X), vet ej (-).

Kontor/bolag	2017	2018	2019
Ekonomi	1	1	X
Fritid och kultur	-	X	
HR	X	X	X
Kommunledning	3	X	X
Utbildning	X	5	7
Vård och omsorg	7	3	17
Samhällsbyggnad	1	2	2
Bygg och miljö	1	2	X
Bolagen	1	3	X
Totalt	**14**	**16**	**26**

Fyra kontor uppger att de kommer ta emot praktikanter under våren 2020 jämfört med tre kontor som svarade på 2018 års enkät där de uppskattade praktikplatserna för våren 2019. Hälften av respondenterna svarar att de inte vet om de kommer att ta emot praktikanter. Därför blir uppskattningen att ungefär lika många eller fler praktikplatser kommer att erbjudas nyanlända personer under 2020.

De respondenter som angivit att de kommer ta emot praktikanter våren 2020 är ekonomikontoret, utbildningskontoret, vård-och omsorgskontoret samt samhällsbyggnadskontoret.

De övriga som svarat 'vet ej' eller 'nej' på frågan om praktikplats kommer erbjudas under våren 2020 svarar att det beror på tidsbrist, kortsiktighet i verksamheten, svårigheter med utdrag ur belastningsregister från andra länder, ostabil verksamhet, sparbeting och anställningsbegränsningar.

Kommer erbjuda praktikplats till nyanländ våren 2020. Inkl. ev. uppgift om antal platser. Redovisat kolumnvis per kontor och alla bolagen.

Kontor/bolag	Ekonomi	Fritid- och kultur	HR	Kommun-ledning	Utbildning	Vård- och omsorg	Samhälls-byggnad	Bygg- och miljö	Bolagen
Ja (antal)	X	-			X	X	X		
Nej		-							
Vet inte		-	X	X				X	X

Planerade att erbjuda praktikplats till nyanländ våren 2018 och 2019 samt utfallet 2018 och 2019 (inkl. ev. uppgift om antal platser). Redovisat radvis per kontor och alla bolagen.

Kontor/bolag	Planerade 2017 att erbjuda praktikplats 2018	Utfall 2018	Planerade 2018 att erbjuda praktikplats 2019	Utfall 2019
Ekonomi	Ja (1)	1	Vet ej	X
Fritid och kultur	Vet ej	X	Vet ej	-
HR	Vet ej	X	Vet ej	X
Kommunledning	Vet ej	X	Nej	X
Utbildning	Ja (3-16)	5	Ja	7
Vård och omsorg	Ja (flera)	3	Ja	17
Samhällsbyggnad	Ja (2)	2	Vet ej	2
Bygg och miljö	Ja	2	Vet ej	X
Bolagen	-	3	Ja	X

Kort beskrivning per kontor/bolag

Kommunledningskontoret uppger att de inte erbjudit nyanlända personer praktikplats främst på grund av att det inte funnits tid. Brist på lämpliga arbetsuppgifter har också varit en anledning.

Utbildningskontoret uppgav 2018 att de skulle erbjuda praktikplatser 2019. Resultatet blev att utbildningskontoret tog emot sju personer 2019, vilket är en ökning från tidigare år.

Ekonomikontoret har inte fått någon förfrågan om språkpraktikplats 2019 utan har istället fått förfrågan från andra LIA-utbildningar (Lärande i arbete). Om de får förfrågan om praktikplats 2020 kommer de att erbjuda plats.

HR-kontoret har inte haft en praktikant på grund av att de inte har lämpliga arbetsuppgifter eller tid. Många arbetsuppgifter lämpar sig inte för att ha med praktikanter, oavsett orsak till praktikbehov.

Samhällsbyggnadskontoret har haft två praktikanter 2019 precis som 2018. Samhällsbyggnadskontoret har erbjudit praktikplatser till nyanlända varje år sedan beslutet togs 2017.

Bygg- och miljökontoret har inte haft någon praktikant på grund av brist på tid och resurser samt organisationsförändringar.

Vård- och omsorgskontoret har erbjudit 17 praktikplatser 2019, vilket är en ökning från tidigare år. Vård- och omsorgskontoret har erbjudit praktikplatser till nyanlända varje år sedan beslutet togs 2017. De uppger att de även 2020 kommer att ta emot praktikanter. De 17 praktikplatserna 2019 har alla varit på Lyckträffen.

Kultur- och fritidskontoret har inte svarat på årets enkät. De har inte erbjudit praktikplatser till nyanlända 2017 eller 2018.

De kommunala bolagen har inte haft någon praktikant 2019 på grund av sparbeting och anställningsbegränsningar. De har under flera år samarbetat med Alsike kloster och jobbat med Korta vägen[1].

Tillvägagångssätt vid erbjudande av praktikplats

Kontoren och bolagen gavs möjlighet att besvara frågan hur de har gått tillväga när de erbjöd praktikplats och det ser olika ut. Ett kontor har haft kontakter genom samordnare på kommunen och ett kontor har fått förfrågningar via SFI/vuxenutbildningen. Ett annat kontor har blivit kontaktade av Arbetsförmedlingen, Arbetsmarknadsenheten på socialtjänsten och fått förfrågningar via SFI/vuxenutbildningen.

Har det politiska beslutet påverkat erbjudandet av praktikplatser?

Samhällsbyggnadskontoret anger att beslutet har haft betydelse för erbjudandet av praktikplatser till nyanlända personer. Två kontor svarar att de inte vet om beslutet har haft betydelse. Resterande kontor och bolag har valt att inte svara på frågan.

Behov av stöd

I enkäten fanns möjlighet att ange om verksamheten önskar någon form av stöd för att erbjuda praktikplatser till nyanlända. Fyra respondenter svarade ’nej’, sju svarade ’vet’ ej och två svarade ’ja’.

[1] Korta vägen kan erbjudas utländska akademiker som minst har en motsvarighet till kandidatexamen eller tre års studier på högskola från sitt hemland. Syftet med Korta vägen är att tillvarata deltagarnas kompetenser och underlätta för en kortare väg till arbetsmarknaden.

Önskemål om någon form av stöd uttrycktes av kommunledningskontoret och bygg- och miljökontoret. Exempel på stöd som önskas:

- Kreativa tips för att möjliggöra bra och givande praktikplatser i verksamheter som inte är självklara med tanke på arbetsuppgifterna.
- En handledare med aktuella språkkunskaper.
- Budget till fler anställda.

Organisering av arbetet med praktikplatser i kommunen

Inom vård- och omsorgskontoret och utbildningskontoret finns flera verksamheter som idag är i behov av, och söker praktikplatser. Exempelvis till individer i behov av arbetsträning inom ramen för arbetsmarknadsenheten och Stegen, samt studerande på den kommunala vuxenutbildningen SFI och gymnasieelever. Också Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan behöver praktikplatser i kommunen.

Kunskap om det samlade behovet av praktikplatser i kommunen finns inom framförallt vård- och omsorgskontoret under socialnämnden som också är arbetsmarknadsnämnd.

Det finns inget kommunövergripande samordnat arbete för att hitta, erbjuda, matcha, ge stöd och följa upp praktikplatser till nyanlända eller andra målgrupper.

Avslutning

Resultatet av enkäten visar att en mindre än hälften av kommunens kontor, inklusive kommunala bolag, erbjuder praktikplatser till nyanlända personer.

Sammantaget har de kommunala verksamheterna uppgett att antalet praktikplatser som har erbjudits nyanlända personer 2019 är 26 platser och bolagen 0 platser. De flesta praktikplatser (17 platser) har erbjudits inom en verksamhet på vård- och omsorgskontoret.

Det är svårt att uppskatta hur många praktikplatser som kommer att erbjudas 2020 då majoriteten av verksamheterna har svarat att de inte vet. Hos flera av dem beror det mycket på förutsättningarna som ges för att ta emot nyanlända i praktik.

Somliga verksamheter har sedan tidigare erfarenhet av att erbjuda praktikplatser till nyanlända, medan det politiska beslutet har påverkat ett kontor att erbjuda praktikplatser.

Ett sätt att hålla ambitionen med beslutet om praktikplatser till nyanlända levande är att kontinuerligt följa upp arbetet och därigenom också få kännedom om antalet praktikplatser över tid. Att uppfylla de behov av stöd som framkommer underlättar för verksamheterna att erbjuda praktikplatser till nyanlända fortsättningsvis.

Bilaga 1. Enkätfrågor

Återrapport initiativ till praktikplatser för nyanlända

Ordförklaring

Med *nyanländ* avses här en vuxen som är utrikes född, som har varit i Sverige i max ca fem år och som är i behov av någon form av språkutvecklande eller yrkesförberedande aktivitet. En bred definition som inte nödvändigtvis innebär att den nyanlända personen har en etableringsplan.

Praktikplats kan för den nyanlända innebära att öva svenska, utveckla färdigheter inom ett yrke, validera kunskaper eller annat. Syftet är att kommunen härigenom kan bidra till att skapa vägar in på arbetsmarknaden för nyanlända personer.

Frågor

Vilket kontor eller vilket bolag tillhör du?

Vilken eller vilka enheter svarar du för?

Har enheten eller enheterna du svarar för tagit emot någon praktikant som är nyanländ under 2019?

☐ **JA** ☐ **NEJ** ☐ **VET INTE**

Hur många praktikanter som är nyanlända har ni haft 2019?
Hur många av praktikanterna har varit kvinnor?
Hur många av praktikanterna har varit män?
Har det politiska beslutet påverkat er att erbjuda praktikplats för nyanlända?
Har antalet nyanlända som gör praktik i den verksamhet du svarar för, ökat 2019 jämfört med tidigare?
Hur gick ni tillväga när ni erbjöd en nyanländ person praktikplats? (valfri)
Har nyanlända som praktiserar hos er i något fall erbjudits anställning?
Vad är anledningen till att ni inte har haft en praktikant som är nyanländ?

AVSLUTANDE FRÅGOR

Kommer ni i vår 2020 ta emot praktikanter som är nyanlända?

Om du fick önska, skulle verksamheten du svarar för behöva någon form av stöd för att erbjuda praktikplatser till nyanlända? (valfri fråga)

§ 9 KS-2019/442

Motion 2019:03 från Lennart Lundberg (KNU) – Sätt in självsläckande strömbrytare i kommunhuset

Kommunstyrelsens beslut

Kommunstyrelsens förslag till beslut till kommunfullmäktige:

Kommunfullmäktige anser motionen besvarad med hänvisning till tjänsteskrivelsen.

Yrkanden

Lennart Lundberg (KNU) yrkar att kommunfullmäktige ska föreslås bifalla motionen.

Propositionsordning

Ordföranden ställer Lennart Lundbergs yrkande mot det utsända förslaget till beslut och finner att kommunstyrelsen bifaller det utsända förslaget.

Sammanfattning av ärendet

Att arbeta för att minska onödig energikonsumtion är viktigt och ett åtgärdsförslag har tagits fram som förvaltningen avser genomföra under 2020. Utöver de åtgärder som kommer att genomföras måste förvaltningen även jobba aktivt med uppmaningar och informationstavlor om att belysningen ska släckas manuellt i de utrymmen där detta fortsatt kommer att vara nödvändigt

Underlag för beslut

- Tjänsteskrivelse 2020-01-09
- Motionen

Arbetsutskottet överlämnade ärendet utan eget ställningstagande

Beslutet ska skickas till

Akten

Knivsta kommun

Handläggare
Eva Mårtensson
Lokalförsörjningschef

Tjänsteskrivelse
2020-01-09

Diarienummer
KS-2019/442

Kommunstyrelsen

Svar på motion 2019:03 från Lennart Lundberg (KNU) - Sätt in självsläckande strömbrytare i kommunhuset

Förslag till beslut
Kommunstyrelsens förslag till beslut till kommunfullmäktige:

Kommunfullmäktige anser motionen besvarad med hänvisning till tjänsteskrivelsen.

Sammanfattning av ärendet
Att arbeta för att minska onödig energikonsumtion är viktigt och ett åtgärdsförslag har tagits fram som förvaltningen avser genomföra under 2020. Utöver de åtgärder som kommer att genomföras måste förvaltningen även jobba aktivt med uppmaningar och informationstavlor om att belysningen ska släckas manuellt i de utrymmen där detta fortsatt kommer att vara nödvändigt

Bakgrund
I maj inkom en motion gällande ett förslag om att Knivsta kommun ska byta ut alla strömbrytare i Kommunhuset som inte redan är självsläckande för att minska onödig energikonsumtion. I motionen föreslogs att detta ska göras snarast men senast efter att Knivsta kommun har tagit över ägandet av huset vilket enligt motionen beräknas ske under 2019.

Kommunfullmäktige beslutade 2019-03-22 om att förvärva Kommunhuset. Förvaltningen påkallade optionen i juni 2019 och kommunen kommer att tillträda som ägare i juni 2022.

Att arbeta för att minska onödig energikonsumtion är viktigt och ett åtgärdsförslag har tagits fram tillsammans med Kommunfastigheter som förvaltningen avser genomföra under 2020. Utöver de åtgärder som kommer att genomföras måste förvaltningen även jobba aktivt med uppmaningar och informationstavlor om att belysningen ska släckas manuellt i de utrymmen där detta fortsatt kommer att vara nödvändigt.

I utrymmen som används av många olika personer är det bra med någon form av ljusreglering för att minska tiden som belysningen är tänd och på så vis spara energi och värna om miljön. När belysningstiden minskar ökar livslängden på belysningsarmaturerna och kostnader för underhåll i form av ex utbyte av ljuskällor minskar drastiskt.

I dagsläget finns det inte självsläckande strömbrytare i toaletter, kopiatorrum, post rum och soprum och det skulle spara energi i Kommunhuset att installera rörelsesensorer i dessa utrymmen eftersom de minskar drifttiden på belysningen.

Knivsta kommun

Även i samtalsrummen med ingång från atriet (Örby Ängby, Gredelby och Vassunda) bör man installera sensorer i form av rörelsevakter som lämpligen ställs in på en timme.

Att installera närvarovakter i övriga konferensrum bedöms inte vara ekonomiskt i dagsläget men i samband med byte av armaturer bör denna fråga prövas.

Det ombyggda landskapet för Bygg och Miljö på plan ingår i dag inte i släckpulsen för plan 5 vilket innebär att landskapet kan stå och lysa nattetid. För övriga huset innebär släckpulsen att landskap och korridorer släcks kl. 22 varje kväll. Landskapet på plan 5 kommer också att åtgärdas under 2020 så att det kommer att ingå i samma släckpuls som övriga huset.

Ekonomisk konsekvensanalys

Utifrån offerter bedöms åtgärderna i tjänsteskrivelsen landa på ca 150 000 kr vilket ryms inom Kommunhusets budget 2020.

Barnkonsekvensanalys
Barnkonsekvensanalys är gjord enligt checklista.

Underlag för beslut
Tjänsteskrivelse 2020-01-09
Motionen

Beslutet ska skickas till
Akten

Daniel Lindqvist

Kommundirektör

Knivsta kommun

Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Enligt FN är alla under 18 år att betrakta som barn

Ja ☐ Nej ☐

Förklara oavsett svar.

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

2. Hur har barns bästa beaktats?

3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

4. Barn tillfrågas vid övergripande fleråriga planer/styrdokument. Har så skett?

Ja ☐ Nej ☐

Inte aktuellt. Beslutet rör inte övergripande flerårig plan/flerårigt styrdokument ☐

Om ja, förklara på vilket sätt barn varit delaktiga i beslutet, vilka åsikter barnen lyft fram samt hur dessa åsikter beaktats i beslutet. Om nej, förklara varför barn inte tillfrågats.

”Earth Hour every hour” - sätt in självsläckande strömbrytare i kommunhuset

Under flera år har Knivsta kommun deltagit i den världsomfattande klimatmanifestationen Earth Hour genom att släcka ner hela kommunhuset en timme. Det är en vacker och stämningsfull gest för klimatet i slutet av mars varje år. Globalt startade Earth hour 2007 i Sydney i Australien.

Men så länge som belysningen i kommunhuset flödar, även efter att arbetsdagens slut vid många olika andra tillfällen tycker jag att det krävs åtgärder för att minska onödig energikonsumtion. Enligt uppgift lönar det sig att släcka belysning så fort den inte behövs under 15 minuter.

Jag föreslår därför att Knivsta kommun byter ut alla strömbrytare i kommunhuset som inte redan är självsläckande.

Jag föreslår att det sker snarast men senast efter att Knivsta kommun har tagit över ägandet av huset, vilket beräknas sker under 2019.

Då kan vi få Earth Hour every hour i Knivsta kommunhus och inte bara en gång om året.

Knivsta 22 maj 2019

Lennart Lundberg, gruppledare i kommunfullmäktige för Knivsta.Nu

§ 10 KS-2019/748

Reglemente för intern kontroll i Knivsta kommun

Kommunstyrelsens beslut

Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige:

Kommunfullmäktige antar Reglemente för intern kontroll i Knivsta kommun.

Sammanfattning av ärendet

Reglementet för intern kontroll i Knivsta kommun har omarbetats för att förtydliga kommunens interna kontroll utifrån gällande lagstiftning och kommunens arbetssätt som utvecklats och blivit ännu mer kvalitetssäkrat.

Intern kontroll är en viktig del av kommunens kontroll av interna processer och syftar till att:

förebygga, upptäcka och åtgärda fel och brister inom relevanta områden, bygga medvetenhet för att värna och vårda en stabil, öppen och rättssäker verksamhet, skapa strukturer, system och processer för tydlighet och ordning, ingå i styrningen och är en del i ledningssystemet, skydda organisationen från risker, förluster, bedrägerier, misstankar och skador samt bygger och stödjer trygghet och tillit, ordning och reda, förtroende och utveckling.

Underlag i ärendet

- Tjänsteutlåtande 2019-12-05
- Förslag på reglemente

Arbetsutskottets förslag till beslut var detsamma som tjänsteutlåtandets.

Beslutet ska skickas till

Akten

Knivsta kommun

Handläggare
Liza Larsén Ogden
Verksamhetscontroller

Tjänsteskrivelse
2019-12-05

Diarienummer
KS-2019/748

Kommunstyrelsen

Reglemente för intern kontroll i Knivsta kommun

Förslag till beslut

Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige:

Kommunfullmäktige antar Reglemente för intern kontroll i Knivsta kommun.

Sammanfattning av ärendet

Reglementet för intern kontroll i Knivsta kommun har omarbetats för att förtydliga kommunens interna kontroll utifrån gällande lagstiftning och kommunens arbetssätt som utvecklats och blivit ännu mer kvalitetssäkrat.
Intern kontroll är en viktig del av kommunens kontroll av interna processer och syftar till att: förebygga, upptäcka och åtgärda fel och brister inom relevanta områden, bygga medvetenhet för att värna och vårda en stabil, öppen och rättssäker verksamhet, skapa strukturer, system och processer för tydlighet och ordning, ingå i styrningen och är en del i ledningssystemet, skydda organisationen från risker, förluster, bedrägerier, misstankar och skador samt bygger och stödjer trygghet och tillit, ordning och reda, förtroende och utveckling.

Bakgrund

Enligt kommunallagen ska nämnder och styrelser se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett tillfredsställande sätt. I Knivsta kommun förtydligas detta i ett reglemente för kommunens interna kontroll.

Reglementet beskriver hur nämnder och bolag ska kontrollera den interna kontrollen under året samt även att den interna kontrollplanen ska följas upp och analyseras. Detta innebär att reglementet beskriver vad varje nämnd och bolag ansvarar för att vidta åtgärder för utifrån de identifierade brister och utvecklingsområden som framkommit. Syftet är att upprätthålla, förbättra och utveckla den interna verksamheten i kommunen. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med lämnats över till någon annan.

Som en del av kommunens sätt att årligen kontrollera att dess verksamheter fungerar och är tillräckliga genomförs intern kontroll i Knivsta kommun. Ett reglemente för intern kontroll beslutades första gången år 2008 av kommunförvaltningen.

Knivsta kommun

Ekonomisk konsekvensanalys

Föreslaget beslut bedöms inte leda till några ekonomiska konsekvenser utöver befintlig budgetram.

Barnkonsekvensanalys
Barnkonsekvensanalys är gjord enligt checklista.

Beslutet ska skickas till
Kommunfullmäktige
Akten

Lena Fransson	Dan-Erik Pettersson	Åsa Franzén	Lena K Larsson	Marie Sohlberg
Kommundirektör	Ekonomichef	Kanslichef	Kulturchef	HR-chef

Knivsta kommun

Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Enligt FN är alla under 18 år att betrakta som barn

Ja ☐ Nej ☒

Förklara oavsett svar.

Reglementet syftar till att tydliggöra kommunens interna kontroll

Enligt kommunallagen ska nämnder och styrelser se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett tillfredsställande sätt vilket inte bedöms påverka barn på ett direkt sätt.

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

2. Hur har barns bästa beaktats?

3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

4. Barn tillfrågas vid övergripande fleråriga planer/styrdokument. Har så skett?

Ja ☐ Nej ☐

Inte aktuellt. Beslutet rör inte övergripande flerårig plan/flerårigt styrdokument ☐

Om ja, förklara på vilket sätt barn varit delaktiga i beslutet, vilka åsikter barnen lyft fram samt hur dessa åsikter beaktats i beslutet. Om nej, förklara varför barn inte tillfrågats.

Reglemente för Intern kontroll

Antagen av Kommunfullmäktige

Datum

Dokumenttyp:	Styrdokument
Diarienummer:	KS-2019/748
Beslutande nämnd:	Kommunfullmäktige
Beslutsdatum:	
Giltighetstid:	Till och med 2024
Dokumentansvarig:	Verksamhetscontroller

1 Reglemente för intern kontrollen i Knivsta kommun

Detta dokument utgör kommunstyrelsens direktiv för hur nämnder och styrelser i Knivsta kommun ska arbeta med intern kontroll utifrån uppsatta mål och föreskrifter[1].

En tydlig och tillräcklig intern kontroll i kommunen bidrar till att rapportering om verksamhet och ekonomi är tillförlitlig, till måluppfyllelse samt till att verksamheten efterlever lagar och regler. Ett medvetet och systematiskt arbetssätt som utgår från riskbedömning kan också förebygga och upptäcka fusk, oegentligheter och korruption[2].

1.1 Syfte och värdet med intern kontroll

- Förebygger, upptäcker och åtgärdar fel och brister inom alla relevanta områden.
- Bygger medvetenhet om att värna och vårda en stabil, öppen och rättssäker verksamhet
- Strukturer, system och processer för tydlighet och ordning
- Ingår i styrningen och är en del i ledningssystemet
- Skyddar organisationen från risker, förluster, bedrägerier, misstankar och skador
- Bygger och stödjer trygghet och tillit, ordning och reda, förtroende och utveckling

1.2 Definition och avgränsning

Begreppet intern kontroll används både nationellt och internationellt och avser den egna kontrollen inifrån, till skillnad från extern kontroll som handlar om kontroll utifrån den egna organisationen. Intern kontroll omfattar aktiviteter som en organisation utför för att se till att den egna verksamheten bedrivs så att målen nås och fel och ineffektivitet undviks[3].

Knivsta kommun refererar till intern kontroll vid utföranden av granskningar, mindre uppföljningar, utvärderingar och stickprov som beslutas av nämnd eller styrelse.

---

[1] Kommunallagen 6 kap. 6 § ”Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § har lämnats över till någon annan”.

[2] https://skl.se/demokratiledningstyrning/politiskstyrningfortroendevalda/fuskoegentligheterkorruptioninternkontroll.377.html

[3] Se COSO-modellen, bland annat beskriven i boken Intern kontroll från Komrev (Haglund m fl 2005)

Vid övriga interna kontroller i kommunen användes begreppet egenkontroll[4].

2 Ansvarsfördelning

Kommunstyrelsen har ansvar för den interna kontrollen på ett kommunövergripande plan. Det innebär att kommunstyrelsen ansvarar för att ett koncernövergripande system för intern kontroll upprättas och att detta utvärderas och utvecklas.

Kommunstyrelsen, nämnderna och styrelserna för bolagen har ansvar för intern kontroll inom sina verksamhetsområden utifrån kommunstyrelsens direktiv.

Kommunstyrelsen, nämnderna och styrelserna för bolagen ska ha tillräcklig kontroll över sina verksamheter och dess resultat samt vid behov besluta om åtgärder för förbättring. I Knivsta kommun genomförs den interna kontrollen med hjälp av årliga internkontrollplaner som följs upp och hanteras årligen.

3 Processen kring intern kontroll

Varje nämnd och styrelse ska årligen anta en internkontrollplan som beskriver vad som ska kontrolleras under året.

Kommunens interna kontroll (som kan utföras genom granskningar, mindre uppföljningar, utvärderingar eller stickprov) syftar till att säkerställa:

- ändamålsenlighet
- kostnadseffektivitet
- tillförlitlig rapportering och information
- säkerhet
- efterlevnad av lagar
- att allvarliga brister upptäcks och hanteras

Internkontrollplanen utgår ifrån en analys där verksamheter inom nämndens/styrelsens ansvarsområde identifierar vilka kontrollområden som har störst behov av genomlysning och kontroll.

Relevanta kontrollområden handlar om:

- Upphandling – följsamhet mot regler och riktlinjer

[4] Uppföljningar och utvärderingar av rutiner och arbetssätt som sker på verksamhetsnivå kallas egenkontroll. Åtgärder för att förebygga fel och öka effektiviteten ingår i varje verksamhets utvecklingsarbete.

- Attesthantering avseende ekonomiska transaktioner – följsamhet mot regler och riktlinjer (inkluderar bl.a. behörigheter)
- Delegationsordning- beslut tas av rätt funktion och anmäls
- Arbetsmiljö
- Större verksamhetsförändringar
- Budgetavvikelser
- Bristande måluppfyllnad
- Inkomna klagomål
- Signaler om verksamheter som inte fungerar
- Överlämnande av kommunal angelägenhet
- Bisysslor

Analysen som genomförs bygger på en risk-och konsekvensanalys som genomförs med utskottet/presidiet och bedömningen grundar sig på hur hög sannolikheten är för identifierade risker och uppskattningen av hur stora konsekvenserna av risken skulle bli.

En Intern kontrollplan ska innehålla information om:

- dokumenterad risk och konsekvensanalys
- de kontrollområden som identifierats och hur de ska följas upp
- planerad tidpunkt för redovisning till nämnd
- funktion som är ansvarig för varje område

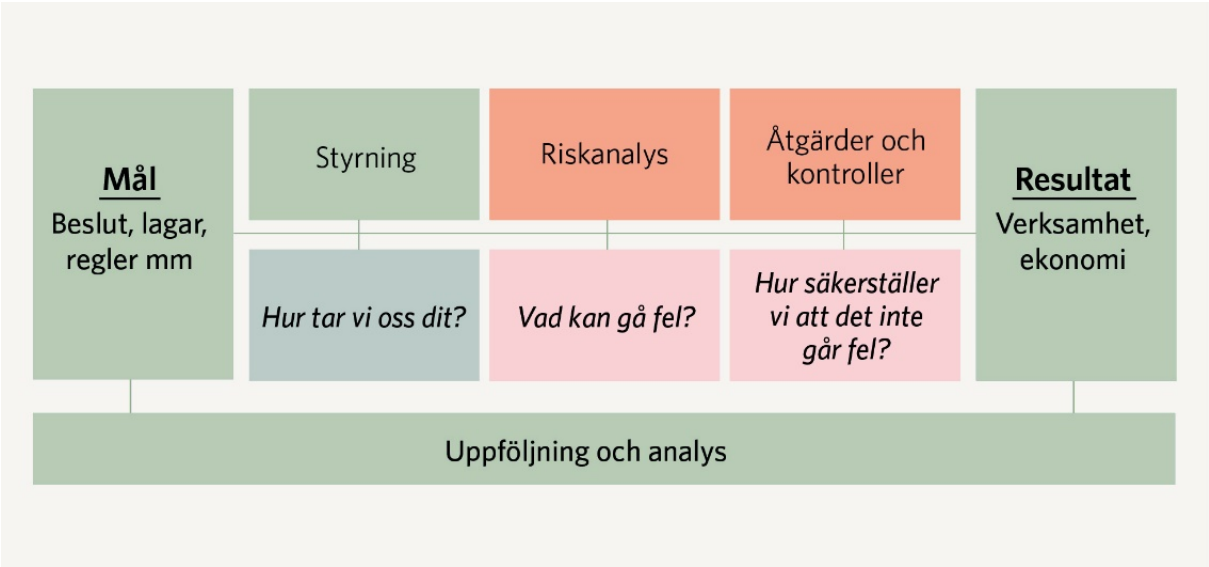
3.1 Upprättande och hantering

Samtliga nämnder och bolags internkontrollplaner upprättas och hanteras enligt kommunens bestämmelser i enighet med detta reglemente för att säkerställa ett likvärdigt arbete med och kring kommunens interna kontroll.

4 Nämndens/styrelsens användning och uppföljning av intern kontroll

Varje internkontrollplan ska följas upp och analyseras en gång per år och intern kontrollen är en del av nämndens utvecklingsarbete och ingår i ledningssystemet. Varje nämnd ansvarar därmed för att vidta åtgärder utifrån identifierade brister och utvecklingsområden för att ständigt förbättra och utveckla den interna verksamheten i kommunen. Detta leder till att den interna kontrollen blir en relevant del av

styrningen och rapporteras i verksamhetsberättelsen samt kan läggas till grund för en samlad bedömning som kommunstyrelsen gör i årsredovisningen.



Följande modell från SKL påvisar hur den interna kontrollen är sammankopplad med kommunens styrning[5].

4.1 Rapportering till kommunstyrelsen

Varje nämnd/styrelse ansvarar för att informera kommunstyrelsen om antagen internkontrollplan samt dess uppföljning. Nämnden/styrelsen ansvarar även för att rapportera akuta fel och brister som framkommer genom intern kontrollen till kommunstyrelsen tillsammans med planerade eller vidtagna åtgärder.

En gemensam sammanställning av nämndernas och styrelsernas arbete med beslutade internkontrollplaner ska årligen lämnas för beslut i kommunstyrelsen samt som information i kommunfullmäktige.

4.2 Kommunstyrelsens utvärdering och rapportering

Med utgångspunkt från de årliga kontrollerna av nämndernas/styrelsernas arbete med intern kontroll ska kommunstyrelsen minst en gång varje mandatperiod utvärdera kommunens arbete med intern kontroll och rapportera till kommunfullmäktige. Utvärderingen ska vid behov innehålla förslag på åtgärder för förbättring av kommungemensam hantering.

[5] SKL Sveriges kommuner och landsting

4.3 Revisorernas ansvar

Revisorerna ansvarar inte för kommunens interna kontroll men de har uppdrag att granska och kontrollera att den interna kontrollen är tillräcklig.

§ 12 KS-2019/815

Förslag till föreskrift om avgifter för registreringslotterier enligt spellagen (2018:1138)

Kommunstyrelsens beslut

Kommunstyrelsens förslag till beslut i kommunfullmäktige:

Kommunfullmäktige antar förslaget till föreskrift om avgifter för registreringslotterier enligt spellagen (2018:1138).

Sammanfattning av ärendet

I ärendet föreslås en föreskrift om avgifter (taxa) enligt den nya spellagen som trädde i kraft 1 januari 2019. Avgifterna avser ersättning för kommunens handläggning av ansökan om registreringslotterier och kontrollantens tillsynsarbete för lotterier. Arbetsutskottets förslag till beslut är detsamma som tjänsteutlåtandets.

Underlag i ärendet

- Tjänsteutlåtande 2020-01-07
- Förslag på föreskrift om avgifter för registreringslotterier

Beslutet skickas till

Akten

Knivsta kommun

Handläggare
Isak Bergdahl
Jurist

Tjänsteskrivelse
2020-01-07

Diarienummer
KS-2019/815

Kommunstyrelsen

Förslag till föreskrift om avgifter för registreringslotterier enligt spellagen (2018:1138)

Förslag till beslut

Kommunstyrelsens förslag till beslut i kommunfullmäktige:

1. Kommunfullmäktige antar förslaget till föreskrift om avgifter för registreringslotterier enligt spellagen (2018:1138).

Sammanfattning av ärendet

I ärendet föreslås en föreskrift om avgifter (taxa) enligt den nya spellagen som trädde i kraft 1 januari 2019. Avgifterna avser ersättning för kommunens handläggning av ansökan om registreringslotterier och kontrollantens tillsynsarbete för lotterier.

Bakgrund

Den 1 januari 2019 trädde spellagen (2018:1138) i kraft, som ersatte den tidigare lotterilagen. I och med lagändringen begränsades kommunens tillsynsansvar till registreringslotterier, som regleras i spellagen 6 kap. 9 §. All annan licensgivning sker av den statliga Spelinspektionen (tidigare Lotteriinspektionen). Tillstånd och registreringar som beviljats enligt den tidigare lotterilagen gäller dock tillståndstiden ut. Vad som skiljer ett registreringslotteri mot ett lotteri som kräver licens är främst värdet av vinster och den totala omsättningen.

I ett registreringslotteri får värdet av en kontant vinst högst uppgå till ett prisbasbelopp, vilket för närvarande är 46 500 kronor. Värdet på en varuvinst får vara högre. Värdet av vinsterna i ett registreringslotteri ska motsvara minst 35 procent och högst 50 procent av insatsernas värde (lottpris × antalet lotter) i lotteriet. Den totala omsättningen (lottpris × antalet lotter) i föreningens samtliga lotterier som anordnas inom registreringen får inte överstiga 33 ⅓ prisbasbelopp, motsvarande ca 1 550 000 kr.

I och med den nya spellagen behöver nya avgifter för registrering och tillsyn fastställas av fullmäktige enligt spellagen 20 kap. 1 §. Eftersom det föreslagna beslutet innebär att kommunen utnyttjar föreskriftsrätt enligt regeringsformen 8 kap. 9 § punkt 1 ska fullmäktiges beslut betecknas föreskrift. (Prop. 2016/17:171, s. 280)

Registreringsavgift

Registreringsavgiften bör täcka kommunens administrativa kostnader för registreringen. Kommunen får enligt självkostnadsprincipen i kommunallagen (2017:725) 2 kap. 6 § inte ta ut högre avgifter än vad som svarar mot kommunens kostnader. Samtidigt är det inte heller lämpligt att skattekollektivet i någon större grad subventionerar en vinstdrivande verksamhet som ett lotteri är. En registreringsavgift om 500 kr anses täcka kommunens kostnader för hanteringen av registreringen av en förenings lotterier. Med tanke på att en registrering får gälla upp till fem år är det inte en orimlig kostnad att bära för föreningslivet.

Knivsta kommun

Kontrollantarvode
Under den tidigare lotterilagen rekommenderade Lotteriinspektionen i *Lotteriinspektionens allmänna råd för lotterier som anordnas med stöd av 16 § lotterilagen (1994:1000) registrering enligt 17 § samt tillståndsfria lotterier enligt 19 och 20 §§ lotterilagen* att kontrollantens arvode normalt skulle vara tre procent av lotteriets beräknade omslutning. Vidare rekommenderade inspektionen att arvodet skulle maximeras vid stora lotterier, att kontrollanten skulle få rätt till ersättning för resor som företas vid kontroller och att arvode och reseersättning skulle betalas efter avlämnad redovisning för varje lotteri.

Spelinspektionen har inte utfärdat nya allmänna råd i de nyss nämnda allmänna rådens ställe, men flera andra kommuner har fortsatt tillämpa samma beräkningsmodell för kontrollantens arvode även under den nya spellagen. Förvaltningen föreslår att arvodesrekommendationerna från Lotteriinspektionens allmänna råd fortsatt ska tillämpas i kommunen vid tillsyn enligt den nya lagen.

Det högsta kontrollantarvodet för ett lotteri ska vara 10 000 kr.

Lotteriarrangören ska också bekosta reseersättning för kontrollantens resor, med 18,50 kr per mil i egen bil, eller faktiska kostnader för resor med kollektivtrafik. Storleken på reseersättningen utgår från skattelagstiftningens schablonbelopp för milersättningar, se inkomstskattelagen (1999:1229) 12 kap. 27 §.

Ekonomisk konsekvensanalys
Antalet anmälda lotterier har varit få under den gamla lotterilagen, någon enstaka per år. Registreringarna är färre. Sannolikt kommer omfattningen av kommunens handläggning av lotteriärenden även i fortsättningen vara liten. Avgifterna och tillsynsverksamheten bedöms därför att få mycket begränsad ekonomisk betydelse för kommunen.

Barnkonsekvensanalys
Barnkonsekvensanalys är gjord enligt checklista.

Övriga underlag för beslut

Beslutet ska skickas till
Akten

Åsa Franzén

Kanslichef

Knivsta kommun

Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Enligt FN är alla under 18 år att betrakta som barn

Ja ☐ Nej ☒

Förklara oavsett svar.

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

2. Hur har barns bästa beaktats?

3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

4. Barn tillfrågas vid övergripande fleråriga planer/styrdokument. Har så skett?

Ja ☐ Nej ☒

Inte aktuellt. Beslutet rör inte övergripande flerårig plan/flerårigt styrdokument ☐

Om ja, förklara på vilket sätt barn varit delaktiga i beslutet, vilka åsikter barnen lyft fram samt hur dessa åsikter beaktats i beslutet. Om nej, förklara varför barn inte tillfrågats.

Föreskrift om avgifter för registreringslotterier enligt spellagen (2018:1138)

Dokumenttyp:	Föreskrift
Diarienummer:	KS-2019/815
Beslutad av:	Kommunfullmäktige
Beslutsdatum:	2020-02-
Dokumentansvarig:	Kanslichef

Föreskrift om avgifter för registreringslotterier enligt spellagen (2018:1138)

Knivsta kommun föreskriver följande med stöd av 20 kap. 1 § spellagen (2018:1138).

Inledande bestämmelser

1 § Avgift enligt denna taxa betalas för kommunens tillsynsverksamhet enligt spellagen (2018:1138).

Avgiftsskyldig

2 § Avgiftsskyldig är den som bedriver registreringslotteri enligt 6 kap. 9 § spellagen (2018:1138).

Registreringsavgift

3 § Registreringsavgift uttas med 500 kronor efter godkänd registrering.

Kontrollantarvode

4 § Kontrollant har rätt till arvode för varje lotteri som kontrollen avser. Arvodet ska vara det lägre av antingen 3 procent av lotteriets beräknade omsättning eller 10 000 kronor. Den beräknade omsättningen är lottpriset multiplicerat med antalet lotter som erbjuds oavsett hur många lotter som har sålts.

5 § Kontrollant har rätt till reseersättning med 18,50 kronor per mil till och från bostaden till förrättningen i eget fordon eller faktisk kostnad för samma resa med kollektivtrafik.

6 § Kontrollantens arvode och reseersättning betalas efter avlämnad redovisning för varje lotteri.

Denna taxa träder i kraft den 1 mars 2020.