

Förstudie – Gemensam uppföljning av omställningen till god och nära vård i Västra Götalands län

På uppdrag av Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götalands län

Theresa Larsen, Jenny Nilsson och Malin Spetz

2026-06-04

 **VästKom**

 **VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN**

Förord

Omställningen till god och nära vård är en av de mest genomgripande förändringar som hälso- och sjukvården och den kommunala vården står inför. Att stödja och följa upp denna omställning på ett meningsfullt sätt – ur både kvalitets- och kostnadsperspektiv – är samtidigt en av de mest komplexa uppgifter vi som huvudmän har att hantera gemensamt.

Denna förstudie har genomförts mot bakgrund av ett uppdrag från det politiska samrådsorganet SRO att ta fram förslag till länsgemensamma indikatorer för att kunna följa upp den förflyttning vi vill göra mot god och nära vård. Arbetet har präglats av stort engagemang, bred involvering och en tydlig ambition att skapa nytta för både verksamheter och beslutsfattare. Genom workshops, analyser och dialoger har värdefulla perspektiv samlats in från såväl kommuner som region.

Förstudien visar samtidigt med stor tydlighet på de utmaningar som finns. Målen för omställningen är i delar för övergripande formulerade, tillgången till kvalitetssäkrade och jämförbara data varierar, och viljan att mäta är större än möjligheten att i dagsläget hitta och enas om gemensamma, robusta indikatorer som på riktigt kan ge oss information om gap och pågående förändringar i våra gemensamma vårdprocesser över organisationsgränser. Dessa svårigheter ska inte ses som ett misslyckande, utan som en viktig och nödvändig kunskap i sig.

Mot denna bakgrund ser vi förstudien som ett viktigt avstamp för det fortsatta arbetet – och som ett underlag för kloka vägval framåt för vårt gemensamma arbete snarare än som ett slutmål i sig.

Vi vill därför rikta ett varmt och uppriktigt tack till projektledare, arbetsgrupp och alla som bidragit i förstudien. Arbetet har lagt en viktig grund för fortsatt utveckling och bidragit till en gemensam förståelse för både möjligheter och begränsningar i det fortsatta uppföljningsarbetet.

Karin Looström Muth
Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektör
Västra Götalandsregionen

Kristina Lännergren
Direktör
VästKom

Innehållsförteckning

Förord.....	2
Sammanfattning.....	6
Bakgrund och syfte.....	6
Genomförande och metod.....	6
Resultat	6
Analys och slutsatser.....	7
Identifierade utvecklingsområden	8
1. Inledning	9
Uppdraget	10
Förstudiens organisering och finansiering	10
Tidsplan	11
Vår tolkning av uppdraget	12
Rapportens disposition	12
2. Omställningen till god och nära vård	14
Länsgemensam färdplan för omställning i Västra Götalands län	14
Uppföljning av omställningen på nationell nivå.....	15
Socialstyrelsen.....	15
Sveriges kommuner och regioner, SKR.....	16
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.....	18
Exempel på regionala uppföljningsinitiativ	19
Befintlig uppföljning av omställningen i Västra Götalands län.....	19
Länsgemensam uppföljning	19
Uppföljning i Västra Götalandsregionen	20
Uppföljning i Göteborgsregionens medlemskommuner.....	20
3. Metod och material	22
Workshops	22
Kunskapsunderlag skickades ut i förväg.....	22
Fysiska och digitala workshops	23
Workshopparnas innehåll	24
Dokumentation	25
Analys.....	26
Analysen av fysiska och digitala post-it-lappar	26
Analys av gruppdiskussionerna	27
Reflektioner kring genomförandet.....	27
4. Resultat	29

Två kompletterande datakällor	29
Den strategiska ledningsnivån är överrepresenterad	29
Noteringar på digitala och fysiska post-it-lappar	30
Gruppdiskussionerna	31
Osäkerhet kring vad omställningen till god och nära vård innebär	31
Socialtjänsten glöms bort i omställningen	32
Osäkerhet kring hur långt omställningen kommit	32
Utmaningar med att följa upp omställningen	33
Bristande samsyn försvårar gemensam uppföljning	34
Analysstöd behövs	34
Olika önskemål om en läns-gemensam uppföljningsmodell	34
Kvalitetsbrister i data	36
Resurser och kostnader	37
Kunskap saknas om vad som är mest kostnadseffektivt	38
Befintliga finansieringsmodeller motarbetar omställningen	38
Den kommunala primärvårdens kostnader följs inte	39
Vård på rätt vårdnivå	39
Övervältring av kostnader och ansvar	41
Önskemål om att följa patienters vårdtyngd	41
Egenvården och digitala lösningar behöver följas	43
Kompetensförsörjning – en förutsättning för en god och nära vård	45
Kompetensförsörjning är en utmaning i omställningen	45
Bristande kunskap om andra vårdgivare	45
System för kompetensöverföring behöver utvecklas	46
Digitalisering kräver ny kompetens	47
Förebyggande arbete – höga förväntningar men svaga incitament	47
Förebyggande insatser behöver följas för olika målgrupper	48
Patienter behöver kunna ta större ansvar för sin egen hälsa	49
Vårdkvalitet – ett begrepp med många perspektiv	50
Personcentrering är en viktig del av vårdens kvalitet	50
Olika verksamheter behöver följas med olika kvalitetsmått	52
Kvalitet behöver följas ur ett patientsäkerhetsperspektiv	53
Tillgänglighet kan också vara mått på kvalitet	53
Samverkan med förhinder	54
Befintliga verksamhetssystem försvårar samverkan	55
Många parter komplicerar samverkan	56

Läkarmedverkan i den kommunala primärvården behövs	56
Primärvården är inte navet i omställningen.....	57
Teamarbete är en förutsättning för en samordnad vård	57
Uppföljningen av SIP behöver utvecklas	57
5. Analys och slutsatser.....	59
Deltagarna är osäkra på vad omställningen innebär	59
Brist på data är en utmaning.....	61
Enkla lösningar på komplexa problem efterfrågas.....	63
Mätbara mål?	64
6. Vägledande utvecklingsområden för att på sikt möjliggöra läns gemensam uppföljning	65
Sju vägledande utvecklingsområden	65
Referenser	68
Bilaga 1 – Personer som bidragit med synpunkter på arbetet och tidigare manusversioner.....	74
Bilaga 2 – Sammanställning av fysiska och digitala post-it-lappar	75



Sammanfattning

Bakgrund och syfte

År 2018 initierade regeringen en omfattande omställning av svensk hälso- och sjukvård, där primärvården ska bli det nav som vården byggs kring. Målet är att skapa en mer personcentrerad, tillgänglig och samordnad vård – kallad god och nära vård – där patientens behov sätts i centrum samtidigt som tillgängliga resurser används mer effektivt.

I Västra Götalands län har det politiska samrådsorganet SRO gett i uppdrag åt Västra Götalandsregionen och VästKom att ta fram ett fördjupat underlag för gemensam uppföljning av omställningen som bättre belyser kvalitet och kostnader, eftersom befintlig uppföljning är otillräcklig.

Syftet med förstudien som ligger till grund för denna rapport var att:

- 1) ta reda på vad olika aktörer i Västra Götalandsregionen och länets kommuner vill veta för att kunna följa omställningen till god och nära vård,
- 2) undersöka a) vad som är möjligt att följa upp redan idag baserat på befintliga data, och b) vilka nya mätningar och datainsamlingsmetoder som skulle behöva utvecklas, samt
- 3) ge förslag på nya mått och mätningar samt presentera en plan för genomförande och kostnader för uppdraget.

Genomförande och metod

För att belysa olika aktörers informationsbehov genomfördes 11 workshops med sammanlagt cirka 250 politiker, chefer, tjänstepersoner samt vård- och omsorgspersonal. Gruppdiskussionerna spelades in och transkriberades ordagrant. Deltagarnas inspel dokumenterades även genom post-it-lappar. Materialet analyserades tematiskt med utgångspunkt i centrala begrepp i länets Färdplan för god och nära vård.

Resultat

Många deltagare uttryckte osäkerhet kring vad omställningen till god och nära vård innebär i praktiken, vilket försvårar arbetet med att formulera relevanta mål och indikatorer. Det framkom bristande samsyn kring målbilden för omställningen och kring vad som bör följas upp. Deltagarna beskrev en

1 VästKom är en sammanslutning av de delregionala kommunalförbunden i Västra Götalands län och ska ha till ändamål att på regional nivå företräda och samordna kommunernas intressen inom hälso- och sjukvård inklusive dess gemensamma digitalisering med ett tydligt 49-kommunernas perspektiv.

frustration över avsaknaden av enhetliga, relevanta och tillförlitliga mått, särskilt inom kommunal vård och omsorg. De efterfrågade en uppföljning som är begriplig, relevant och användbar som underlag för styrning och kvalitetsutveckling, något de menade inte finns idag. Samtidigt fanns vitt skilda uppfattningar om hur en sådan uppföljning bör utformas – från ett fåtal gemensamma indikatorer till mer omfattande uppsättningar av mått på olika nivåer.

Det fanns en bred samsyn om behovet av att kunna följa kostnader och vårdtyngd över vårdnivåer och huvudmannagränser. Nuvarande finansieringsmodeller upplevdes av flera som ett hinder för omställningen, eftersom dessa riskerar att förstärka stuprör snarare än samverkan.

Deltagarna betonade vikten av att följa om vård ges på rätt nivå och att analysera konsekvenser av förflyttningar mellan vårdformer, exempelvis från sjukhus till hemmet. De efterfrågade också bättre kunskap om hur digitalisering, egenmonitorering och ökad egenvård påverkar patienter och anhöriga.

Kompetensförsörjning lyftes som en avgörande förutsättning för omställningen, och många uttryckte en oro för framtida rekryteringssvårigheter i både kommunal och regional primärvård i takt med ökande vårdbehov och komplexitet. Behov av bättre uppföljning av kompetensnivåer och möjligheter till kompetensöverföring mellan verksamheter lyftes.

Förebyggande och hälsofrämjande insatser sågs som centrala i omställningen, men deltagarna pekade på svårigheter att skapa långsiktiga incitament och att mäta effekter. Nuvarande uppföljning upplevdes vara snävt inriktad, med behov av bredare mått som fångar fler målgrupper och folkhälsoaspekter.

Kvalitetsbegreppet beskrevs som mångtydigt och behovet av bättre sätt att följa personcentrering, delaktighet och kontinuitet ur patientperspektiv betonades. Flera uttryckte också behov av att följa upp patientsäkerhet, tillgänglighet och behandlingsutfall på nya sätt. Samverkan mellan vårdgivare lyftes som avgörande men försvåras av organisatoriska och tekniska hinder. Deltagarna föreslog bland annat att samordnad individuell plan (SIP) och informationsöverföring mellan huvudmän bör följas upp mer systematiskt.

Analys och slutsatser

Förstudien visar att det i dagsläget saknas grundläggande förutsättningar för att etablera en sammanhållen läns gemensam uppföljningsmodell för omställningen till god och nära vård. Avsaknaden av tydligt formulerade och gemensamma mål, bristande samsyn kring vilka indikatorer som är relevanta

samt otillräcklig datakvalitet – särskilt inom kommunal primärvård – begränsar möjligheterna till meningsfull uppföljning.

Det framgår också en tydlig diskrepans mellan verksamheternas informationsbehov och de mått som idag finns tillgängliga. Därtill är önskemålen om vad en gemensam uppföljningsmodell bör omfatta delvis motstridiga, vilket ytterligare försvårar framtagandet av en konkret modell inom ramen för förstudien. Sammantaget innebär detta att det inte varit möjligt att ta fram ett färdigt förslag till länsgemensam uppföljningsmodell eller att specificera genomförandeplan och kostnader.

Identifierade utvecklingsområden

Mot bakgrund av resultaten identifieras sju övergripande utvecklingsområden som framstår som centrala för att på sikt möjliggöra en länsgemensam uppföljning av omställningen till god och nära vård. Dessa utvecklingsområden ska inte tolkas som förslag till beslut eller åtaganden, utan som en sammanfattning av förstudiens viktigaste iakttagelser. Vi ser att det finns:

1. Behov av tydligare, gemensamt formulerade mål för omställningen i länet.
2. Behov av ökad samsyn kring vilka indikatorer som är mest relevanta för uppföljning.
3. Behov av tvärprofessionell kompetens för metodutveckling och kvalitetssäkring av mått.
4. Behov av förbättrad kvalitet och enhetlighet i dataregistrering.
5. Behov av stärkt kunskapsunderlag om effekter och kostnadseffektivitet av olika arbetssätt.
6. Behov av mer samlad och tillgänglig presentation av relevanta mått.
7. Behov av analysstöd för tolkning och användning av uppföljningsresultat.

1. Inledning

I den här rapporten redovisas genomförandet och resultatet av en förstudie som ska ligga till grund för en gemensam uppföljningsmodell för omställningen till god och nära vård i Västra Götalands län.

År 2018 initierade regeringen en omfattande omställning av svensk hälso- och sjukvård, där primärvården ska bli det nav som vården byggs kring. Målet är att skapa en mer personcentrerad, tillgänglig och samordnad vård – kallad god och nära vård – där patientens behov sätts i centrum samtidigt som tillgängliga resurser används mer effektivt.

I propositionen 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård framhålls att ”... det är centralt för omställningen ... att utvecklingen kan följas upp. Det är viktigt för att på sikt kunna se effekterna av omställningen för patienterna, för tillgängligheten, delaktigheten, kontinuiteten och hälso- och sjukvårdens resursanvändning.”

En arbetsgrupp med representanter från både kommunerna i Västra Götalands län och Västra Götalandsregionen tog 2023 fram en rapport som beskriver ett förslag på en uppföljningsmodell för hur omställningen i Västra Götalands län kan följas upp och analyseras baserat på befintliga datakällor (Svärd Davidsson och Svanström, 2023). Två resultatrapporter har därefter publicerats som redovisar utfallet för några av de indikatorer som föreslogs i den länsgemensamma uppföljningsmodellen (Västra Götalandsregionen och VästKom, 2023 och 2024). I rapporten som redovisar förslaget till uppföljningsmodell konstateras att det saknas en länsgemensam databas som kan ligga till grund för sådan uppföljning och analys. Istället måste uppgifter hämtas från de olika huvudmännen, där kommunerna kan ha flera olika verksamhetssystem som försvårar uppföljning. Rapporten visade också att det i dagsläget till stor del saknas möjlighet att följa ekonomiska och kvalitativa effekter av omställningen då befintliga datakällor framförallt fokuserar på kvantitativa mått. I rapporten poängteras också att ”... tillgängliga mått framför allt [fokuserar] på den regionfinansierade vården, det finns ett behov av att utveckla nya datakällor och statistik ...” (Svärd Davidsson och Svanström, 2023, sidan 38).

Liknande slutsatser om möjligheterna att följa upp omställningen dras av flera nationella myndigheter (se exempelvis SKR, 2019; Socialstyrelsen 2021 samt Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2021, 2023 och 2025).

Göteborgsregionen konstaterar att ”... det som kommunerna vill veta inte har gått att mäta – antingen för att det saknats data eller på grund av brister i befintliga data” (Larsen och Nilsson, 2023, sidan 9). Med andra ord har vi idag inte tillgång till relevanta underlag för att veta om omställningen till god och

nära vård leder till en mer kostnadseffektiv, tillgänglig, personcentrerad och samordnad vård.

Uppdraget

Den 18 januari 2024 gav det politiska samrådsorganet (SRO) i uppdrag åt Västra Götalandsregionen och VästKom att ta fram ett fördjupat underlag för gemensam uppföljning av omställningen till god och nära vård. SRO konstaterar att det finns ett behov att utveckla nya indikatorer och datakällor då den befintliga uppföljningen inte i tillräcklig utsträckning belyser kvalitet och kostnader. Theresa Larsen, analytiker på Göteborgsregionens forsknings- och utvecklingsenhet FoU i Väst, fick i uppgift att i samråd med länets kommuner och Västra Götalandsregionen ta fram en plan för hur ett sådant underlag skulle kunna tas fram. På mötet den 23 maj 2024 ställde sig SRO bakom den föreslagna planen som innebar en förstudie i tre steg:

1. En kartläggning görs av vad aktörer i Västra Götalandsregionen och länets kommuner vill veta för att kunna följa omställningen ur ett kostnads- och kvalitetsperspektiv. I kartläggningsarbetet, som genomförs genom workshops, är det centralt att uppföljningsbehoven hos aktörer på olika nivåer i organisationerna synliggörs så att den data och de mått som tas fram blir användbara beslutsunderlag i praktiken.
2. En analys görs av det som framkommit i kartläggningen för att undersöka a) vad som är möjligt att följa upp redan idag baserat på befintliga data, och b) vilka nya mätningar och datainsamlingsmetoder som skulle behöva utvecklas. Här behöver dialog och avstämning ske med nationella myndigheter, exempelvis Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och regioner (SKR), för att undvika dubbelarbete, men också för att påverka den nationella uppföljningen av omställningen så att den blir relevant och användbar.
3. Ett förslag på nya mått och mätningar som inkluderar en plan för genomförande och kostnader för uppdraget presenteras för SRO som får ta ställning till vad som ska prioriteras och hur arbetet ska finansieras.

Förstudiens organisering och finansiering

Enligt projektplanen skulle förstudien ledas av en person utsedd av Västra Götalandsregionen och en av kommunerna. Jenny Nilsson, strateg på Västra Götalandsregionen och Theresa Larsen, analytiker på Göteborgsregionen FoU i Väst, utsågs. Malin Spetz, medicinsk rådgivare på Västra Götalandsregionen, och Miriam Hansen, forskningsassistent på Göteborgsregionen FoU i Väst, kopplades in i förstudien i april 2025 och har bistått i sammanställning och

analys av data. Isabelle Alknäs, administrativ koordinator vid Västra Götalandsregionen, har bidragit med administrativt stöd, framförallt kring workshopparnas planering och genomförande. En särskild arbetsgrupp med två representanter från Västra Götalandsregionen, en från VästKom samt en från vardera fyra kommunalförbund i länet har varit knuten till arbetet för att stötta i det praktiska genomförandet. Rapporten har författats av Theresa Larsen, Jenny Nilsson och Malin Spetz. Huvuddelen av rapporttexten har dock utarbetats av Theresa Larsen.

Under arbetets gång har flera personer getts möjlighet att lämna synpunkter på arbetet och tidigare manusversioner, däribland arbetsgruppens medlemmar, tjänstepersoner inom Västra Götalandsregionen och Göteborgsregionen samt forskare vid Göteborgs universitet (se bilaga 1). I oktober 2025 arrangerades ett seminarium där flera av dessa personer diskuterade rapportmanus, vilket ledde till revideringar. Författarna ansvarar dock själva för rapportens analyser och slutsatser.

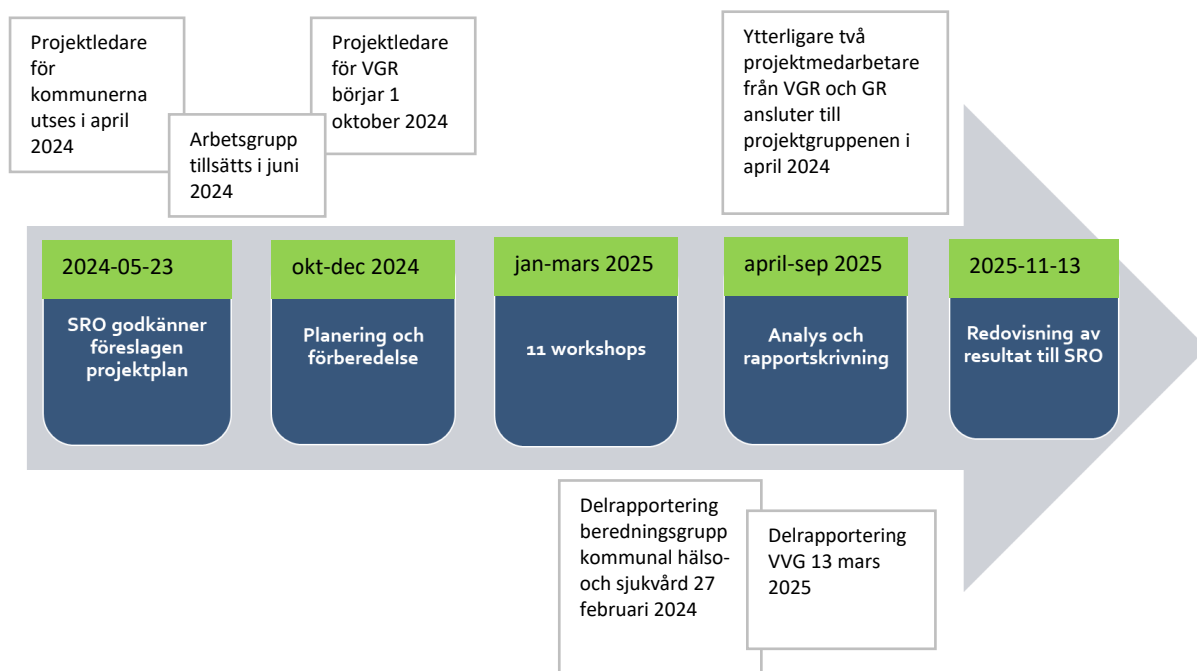
Tidsplan

Enligt den ursprungliga projektplanen skulle förstudien påbörjas i juni 2024 och resultatet återrapporteras till SRO i januari 2025. Då enbart projektledaren från kommunsidan fanns på plats den 1 juni 2024, sköts projektstarten upp till den 1 oktober då även projektledare och projektassistent från Västra Götalandsregionen liksom representanter i arbetsgruppen hade utsetts. Eftersom arbetsgruppen bedömde att det dessutom behövdes längre framförhållning för att kunna bjuda in deltagare till workshops, förlängdes även projekttiden så att resultatredovisningen till SRO skulle göras i augusti 2025. Visst förberedelse- och planeringsarbete påbörjades dock av projektledaren från kommunsidan under perioden juni – september 2024. När det under sommaren 2025 stod klart att projektledaren från Västra Götalandsregionen behövde prioritera andra uppdrag än förstudien förlängdes projekttiden till den 13 november så att kommunernas projektledare skulle kunna skriva klart förstudierrapporten på egen hand.

Figuren nedan illustrerar genomförandet av förstudien.

2 Boråsregionen: Sara Esbjörnsson, Fyrbodals kommunalförbund: Maria Bratt, Göteborgsregionen: Rosanna Björklund (t.o.m. 2025-03-31), Maria Ljung (fr.o.m. 2025-04-01), Skaraborgs kommunalförbund: Elisabeth Lindholm Hane, VästKom: Maria Olsson, Västra Götalandsregionen: Stefan Bengtsson och Catarina Karlberg.

Figur 1 – Tidslinje för förstudiens genomförande



Vår tolkning av uppdraget

I projektplanen för förstudien fanns ingen närmare precisering av god och nära vård i Västra Götalands län eller om förstudien skulle ta fasta på att följa upp något särskilt avtal eller särskild överenskommelse relaterat till god och nära vård. SRO gav inte några tilläggsdirektiv eller förtydliganden utan beslutade att förstudien skulle utföras enligt projektplanen. I förstudien har vi valt att utgå från den länsgemensamma färdplanen för god och nära vård. De mål och prioriteringar som preciseras där har legat till grund för vårt arbete. Vi vill samtidigt påpeka att vi inte tolkat uppdraget som att vi skulle ge förslag på hur det nya hälso- och sjukvårdsavtalet skulle kunna följas upp. Eftersom arbetet med det nya hälso- och sjukvårdsavtalet pågick parallellt med förstudien, och det inte fanns något färdigt förslag till avtal när datainsamlingen i förstudien skedde, var det inte möjligt för oss att utgå från avtalet i vårt arbete.

Rapportens disposition

I rapportens första kapitel finns en redogörelse av uppdraget som ligger till grund för denna rapport och de vägval som styr arbetet. I kapitel 2 beskrivs omställningen till god och nära vård och den länsgemensamma färdplanen för omställningen i Västra Götalands län. I kapitel 2 redogörs också för hur omställningen följs upp idag på nationell och regional nivå. I kapitel 3 redovisas hur förstudien har genomförts, vilken data som samlats in och hur

den analyserats. Kapitel 4, som är rapportens mest omfattande, innehåller förstudiens resultat. Här återfinns i första hand beskrivningar av vad som diskuterades på de kartläggande workshopparna. I bilaga 2 finns en tabell som sammanfattar deltagarnas förslag på nyckeltal och indikatorer som bör ingå i en läns gemensam uppföljningsmodell. I kapitel 5 analyseras det material som samlats in i förstudien och några slutsatser dras. I rapportens sista kapitel ges ett förslag till handlingsplan med åtgärder som vi menar behöver vidtas innan ett slutgiltigt förslag till en läns gemensam uppföljningsmodell kan tas fram.



2. Omställningen till god och nära vård

2017 tog regeringen initiativ till en omställning av hälso- och sjukvården där primärvården ska vara navet. Utgångspunkten var utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård*, som resulterade i totalt fem betänkanden (SOU 2017:53, SOU 2018:39, SOU 2019:29, SOU 2020:19 och SOU 2021:6). Regeringen har lämnat förslag på lagförändringar och målbild för omställningen i fyra propositioner (prop. 2017/18:83, 2019/20:164, 2021/22:72 och 2021/22:260) och tre lagrådsremisser (Socialdepartementet 2017, 2021 och 2025). Reformens syfte är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan, att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att hälso- och sjukvårdens resurser används mer effektivt.

Länsgemensam färdplan för omställning i Västra Götalands län

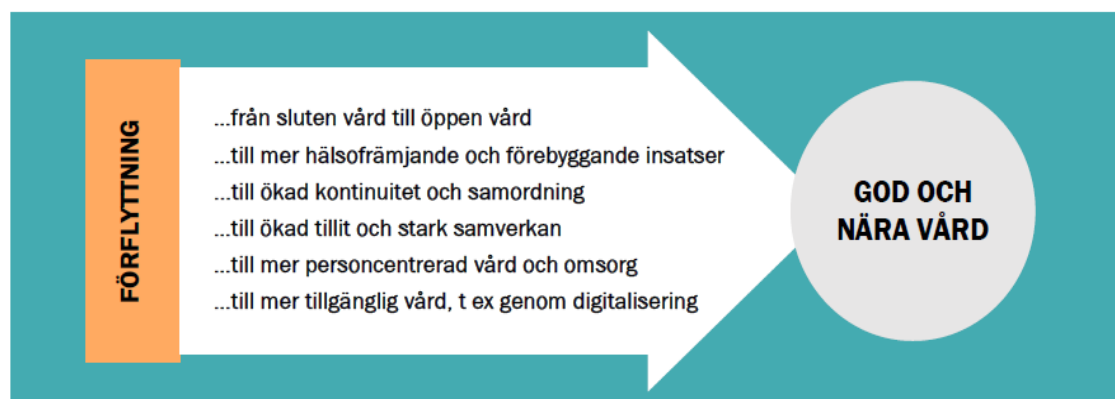
I Västra Götalands län har en gemensam färdplan för god och nära vård tagits fram (Västra Götalandsregionen och VästKom, 2022). Färdplanen gäller perioden 2023–2030 och beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för utvecklingen. Västra Götalandsregionen och samtliga kommuner i länet har ställt sig bakom färdplanen.

Vägledande politiska prioriteringar för färdplanen har varit:

1. Vad blir bäst för brukaren/patienten?
2. Vad är bästa sättet att använda våra skattemedel ur ett samhälls-/invånarperspektiv?

Målbilden för god och nära vård illustreras i färdplanen av nedanstående figur.

Figur 2 – Målbilden för omställningen till god och nära vård i Västra Götalands län



I färdplanen beskrivs omställningen som en förflyttning som ska präglas av följande sex arbetssätt för att uppnå målbilden:

1. Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser (t.ex. genom tidiga insatser till barn, unga och familjer samt stöd till egenvård och egenmonitorering)
2. Utveckla personcentrerade arbetssätt (t.ex. genom samordnad individuell plan, SIP)
3. Stärkt samverkanskultur för att öka tillit mellan huvudmännen
4. Stärkt kontinuitet och samordningen mellan huvudmännen (t.ex. genom fast vård- och omsorgskontakt samt patientkontrakt/dokumenterad överenskommelse)
5. Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering
6. Utveckling av mobila team som stöd för vård i hemmet

I färdplanen beskrivs att gemensam analys och uppföljning löpande ska tas fram för att kunna följa utvecklingen mot en god och nära vård. I planen betonas att det är av största vikt att följa det ekonomiska perspektivet över tid under den pågående omställningen, men att detta inte bara handlar om pengar utan även om andra resurser (exempelvis personal, kompetens och teknisk utrustning).

Uppföljning av omställningen på nationell nivå

Flera myndigheter och andra aktörer har i uppdrag att följa omställningen till nära vård, exempelvis Myndigheten för vård och omsorgsanalys, Socialstyrelsen samt Sveriges kommuner och regioner (SKR). Nedan ger vi en kort beskrivning av dessa myndigheters arbete på området.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har sedan 2019 haft i uppdrag av regeringen att följa upp regionernas och kommunernas insatser inom omställningen till en god och nära vård enligt överenskommelsen för god och nära vård. Socialstyrelsen delredovisar sitt uppdrag i en årlig rapport. I delredovisningarna ska Socialstyrelsen redogöra för utvecklingen av omställningen på nationell, regional och kommunal nivå och omfatta utvecklingen för olika målgrupper och bland annat beakta ett barnrätts- och ungdomsperspektiv samt ett funktionshinderperspektiv. Socialstyrelsen ska även genomföra analyser som grundar sig på redovisning från regioner och kommuner om insatser som har vidtagits med anledning av statliga stöd till omställningen. I den senaste delredovisningen konstaterar Socialstyrelsen att omställningen behöver bli mer enhetlig och samordnad över landet för att nå målen. Myndigheten påpekar också att styrningen behöver bli tydligare från huvudmännen i

regioner och kommuner. Det handlar både om att förtydliga målen och till exempel arbeta med tidsatta mål, och om att resurser behöver tillsättas till primärvården (Socialstyrelsen, 2025a, sidan 11). Socialstyrelsen (2025a, sidan 7–11) lyfter följande slutsatser som mest centrala i den senaste rapporten:

- Arbete med omställningen pågår men skillnaderna för patienterna är stora i landet.
- Ekonomiska och personella resurser för att göra primärvården till nav behöver öka.
- Gap i styrkedjan mellan strategisk ledningsnivå och operativ verksamhet försvårar arbetet med omställningen.
- Det har skett en förbättrad utveckling när det gäller samverkan och samordning kring patientens vård.
- Ytterligare insatser behövs för att införa fast läkarkontakt för invånarna.
- Många kommuner har kopplat ihop arbetet med omställningen till en god och nära vård med omställningen till den nya socialtjänstlagen.
- Det finns behov av att stärka den medicinska kompetensen i kommunerna.
- Arbete för att göra patienten delaktig behöver utvecklas ytterligare.
- Arbetsätt för olika målgrupper har utvecklats i primärvården.
- Tillgängligheten till primärvården har utvecklats i olika riktning.
- Förtroendet för vårdcentralerna har inte ökat i samma utsträckning som för hälso- och sjukvården i stort.
- Hälsöfrämjande och förebyggande arbete är centralt i omställningen men uppföljning är en utmaning.

I Socialstyrelsens uppdrag ingår också att följa omställningen med hjälp av ett antal indikatorer. Dessa redovisas sedan 2024 på en så kallad dashboard där kommuner och regioner kan ta fram sina resultat och jämföra sig med andra (Socialstyrelsen, 2025b). Dashboarden innehåller 12 så kallade kärnindikatorer (*exempelvis förtroende för hälso- och sjukvården i befolkningen, påverkbar slutenvård vid kroniska sjukdomar samt överbeläggningar och utlokaliseringar*) och ytterligare 11 övriga indikatorer (*bland annat besök på akutmottagning bland personer 80 år eller äldre, förtroende för vårdcentraler samt fallskador på särskilt boende och i hemsjukvården*).

Sveriges kommuner och regioner, SKR

SKR erbjuder stöd till kommuner och regioner för att underlätta omställningen till god och nära vård. Under 2025 erbjuder SKR arenor för erfarenhetsutbyte och lärande, bland annat till kommuners och regioners arbete med att utveckla sitt systemledarskap samt stöd till utvecklingen av nya

personcentrerade arbetssätt. I deras senaste årsberättelsen för hur den nära vården utvecklas runt om i landet konstaterar SKR att det finns en hög grad av samsyn i landet gällande behovet av omställning och riktningen till nära vård. Samtidigt påpekas att en utmaning är "... avsaknaden av metoder för att följa upp gemensamma effekter på systemnivå. Traditionellt fokuserar uppföljningen på resultatmått och kontroll, men för att bättre förstå sambandet mellan arbetssätt och resultat utifrån det arbete kommuner och regioner åstadkommer behövs en uppföljning som tar sin utgångspunkt i invånarens perspektiv och främjar lärande och dialog" (SKR, 2024, sidan 11).

Tillsammans med kommuner och regioner arbetar SKR också för att ta fram metoder och mått för att följa omställningen till god och nära vård. SKR har till exempel utvecklat ett ramverk för lärande uppföljning av nära vård som är tänkt att stödja kommuner och regioner att etablera gemensamma arbetssätt för uppföljning, lärande och utveckling av den nära vården (SKR, 2025a; se även kapitel 6 i denna rapport).

SKR har också tagit fram ett indikatorset som stöd för att följa utvecklingen av omställningen nationellt och regionalt. Setet innehåller 18 indikatorer fördelade på fem områden: 1) fokus på person och relation (t.ex. *ökad trygghet i äldreomsorgen, ökad tillgänglighet till vårdcentral*) 2) invånare och patienter som aktiva medskapare (t.ex. *minskad påverkbar slutenvård, ökad andel kroniskt sjuka med handlingsplan*) 3) proaktiv och hälsofrämjande (t.ex. *minskad vårdtid på sjukhus, bättre självskattad hälsa*) 4) samordning utifrån personens fokus (t.ex. *minskad vårdtid för utskrivningsklara, fler får SIP*) och 5) medarbetare (t.ex. *ökat antal ST-läkare i allmänmedicin*) (SKR, 2025b). Resultatet för indikatorerna redovisas på nationell nivå på SKR:s webbplats. På Vården i siffror finns utvecklingen av nära vård beskrivet i en särskild webbrapport. Här är det möjligt att få fram resultat för indikatorerna på regionnivå. Några indikatorer som avser kommunerna kan också följas via Kolada (2025).

Som ytterligare ett sätt att följa upp vården har SKR utvecklat vård- och omsorgskollen (tidigare Webbkollen). Vård- och omsorgskollen är ett verktyg för att följa upp vården för personer som kan ha svårt att fylla i enkäter eller själva ge återkoppling. Genom att ställa några enkla frågor på telefon eller vid ett möte utifrån en standardiserad mall, är tanken att både skapa trygghet för personen, och systematiskt följa upp deras upplevelse av kontinuitet, delaktighet, tillgänglighet, samordning och trygghet (SKR, 2025c; Vård- och omsorgskollen, 2025)

SKR driver också Primärvårdskvalitet, som är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården med syfte att stödja förbättringsarbete och uppföljning genom analys, reflektion och lärande i första hand lokalt på vårdenheterna. Data ägs av respektive huvudman. Centralt har en insamling

av aggregerade data för regional primärvård påbörjats 2023. I februari 2024 kunde 1161 vårdcentraler följa sina resultat i Primärvårdskvalitet, vilket utgör cirka 97 procent av Sveriges vårdcentraler. Under 2025 pågick projektet Kommunpilot 2.0 som syftade till att skapa kvalitetsindikatorer anpassade efter den kommunala hälso- och sjukvårdens specifika behov. Här kan indikatorerna följas i realtid för att eftersträva en jämlik och kunskapsbaserad vård till fler kommuner i Sverige. Projektet genomfördes i Västmanlands tio kommuner och omfattar särskilt boende, hemsjukvård, korttidsboende och LSS. De uppföljningsområden som hittills är identifierade är data i realtid inom palliativ vård, urinkateter, samtycken samt läkemedelsgenomgångar (SKR, 2025d). Göteborgsregionen och flera kommuner i Västra Götalands län har varit referenskommuner till piloten. Det har då konstaterats att flera av de data som nu tas fram i Västmanland inte är möjliga att ta fram i realtid i andra kommuner då verksamhetssystemen inte möjliggör detta (alla kommuner i Västmanland och Region Västmanland använder verksamhetssystemet Cosmic).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft regeringens uppdrag att utvärdera omställningen till en god och nära vård. I deras slutrapport *Omtag för omställning (2025)* analyserar de styrningen och insatserna inom omställningen och ger en samlad bedömning av vilka förändringar omställningen medfört. I rapporten skriver de att inget av omställningens mål uppnåtts hittills, även om de kan se små förändringar för vissa mål. Omställningen har medfört ett ökat fokus på insatser som rör förebyggande och hälsofrämjande arbete och personcentrering, samt en förbättrad samverkan mellan regioner och kommuner. Samtidigt ser de få tecken på att omställningen har påverkat patienternas erfarenheter av vården.

Myndigheten konstaterar att det pågår mycket arbete med omställningen i regioner och kommuner och att nästan alla län har länsövergripande handlingsplaner, och flera av de projekt som startades i inledningen av omställningen breddinförs nu. Samtidigt verkar omställningen främst ha resulterat i olika avgränsade projekt som i och för sig är i linje med omställningens mål, men som inte på ett tydligt sätt bidrar till en omstrukturering av primärvården och där det inte går att se ett tydligt genomslag.

Myndigheten bedömer också att den uteblivna måluppfyllelsen i hög utsträckning beror på att verksamheterna inte fått förbättrade ekonomiska eller personella resurser, vilket krävs för att genomföra förändringarna. I rapporten poängteras också att det saknas en tydlig beskrivning av det överordnade syftet med omställningen och vad omställningen betyder, vilket medför att tolkningarna av vad omställningen innebär varierar. Mångfalden

av mål har lett till att olika aktörer har olika fokus, vilket försvårar ett tydligt genomslag av omställningen. Den statliga styrningen av omställningen är omfattande men delvis otydlig och saknar ansvarsutkrävande komponenter. Det saknas också en helhetssyn på hur olika delar av vården ska samverka för att uppnå målen, i synnerhet hur resurser ska prioriteras mellan olika delar av vården. Omställningen har inte heller fått ett tydligt genomslag i den formella styrningen i regionerna, exempelvis genom förändrade uppdrag för vårdcentralerna.

Exempel på regionala uppföljningsinitiativ

På regional nivå pågår en rad initiativ runt om i landet som syftar till att utveckla modeller för uppföljning av omställningen till god och nära vård. I Uppsala län publicerades till exempel en första uppföljningsrapport kring omställningen 2023 (Region Uppsala och kommunerna i Uppsala län, 2023). I rapporten redovisas resultat både för några av de indikatorer som Socialstyrelsen och SKR publicerar, men också för indikatorer som Uppsala själva tagit fram, *exempelvis andel gymnasieelever med examen samt andel patienter 65 år eller äldre som följs upp inom 72 timmar efter utskrivning från sjukhus*. Rapporten innehåller också kvalitativa beskrivningar av särskilda projekt och utvecklingsinsatser inom ramen för god och nära vård. I Jönköpings län (2025) redovisas statistik för ett antal indikatorer på en webbaserad dashboard. Statistiken hämtas från journalsystemet Cosmic och uppdateras varje vecka. Målsättningen är att statistiken ska användas för att stödja och förbättra gemensamma resultat och förstärkt lokal samverkan mellan kommunerna och Region Jönköpings län.

Befintlig uppföljning av omställningen i Västra Götalands län

Länsgemensam uppföljning

Som vi beskrivit i inledningen av denna rapport, tas sedan 2024 en länsgemensam årlig uppföljningsrapport fram av god och nära vård i Västra Götalands län (Västra Götalandsregionen och VästKom, 2023 och 2024). Syftet med rapporten är att beskriva uppföljningsindikatorer av betydelse för förflyttningen till en nära vård och följsamhet till länsgemensamma styrdokument. Exempel på indikatorer som redovisas i rapporten är:

- Bakgrundsfaktorer: skattad hälsa i befolkningen – andel som mår mycket bra
- Från sluten vård till öppenvård: antal läkarbesök i hemmet
- Mer hälsofrämjande och förebyggande insatser: antal fallskador per 100 000 invånare 65 år och äldre

Uppföljning i Västra Götalandsregionen

2017 fastställde regionfullmäktige en strategi för hälso- och sjukvårdens omställning i Västra Götalandsregionen (Västra Götalandsregionen, 2017). Omställningen delades in i fyra övergripande områden: 1) utveckla den nära vården, 2) koncentrera vård för bättre kvalitet och tillgänglighet, 3) utveckla digitala vårdformer och tjänster, samt 4) fokusera på kvalitetsdriven verksamhetsutveckling. Strategin kompletterades senare med ett femte område som handlar om att barnsäkra omställningen av hälso- och sjukvården. Nu arbetar Västra Götalandsregionen utifrån genomförandeplanen för omställningen av hälso- och sjukvården 2024–2027 (Västra Götalandsregionen, 2024). Uppföljningen av genomförandeplanen för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen sker genom årliga uppföljningsrapporter till den strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden. Uppföljningen utgår från genomförandeplanen och dess bilagor med specifika effektmål och indikatorer per delområde. Totalt följs ett 50-tal indikatorer, som exempelvis totalt antal kontakter i primärvården, medelvårdtid på sjukhus, uppkomna trycksår under vårdtid på sjukhus, uppfyllelse av vårdgarantin, andel kariesfria barn och unga i VGR och användning av hyrpersonal.

I den senaste uppföljningsrapporten konstateras att det ”i många avseenden sker en förflyttning av hälso- och sjukvårdssystemet i rätt riktning, dock ännu inte i den önskvärda takten. Det finns skiftande bilder inom organisationen avseende omställningens syfte och mål. Insatser för att skapa en gemensam bild kan vara av värde för att öka genomförbarheten i omställningen över tid” (Västra Götalandsregionen, 2025, sidan 1). Det betonas också att ”... det är svårt att se effekter av förändringar i utfall av indikatorerna. En aspekt är att mätning behöver ske över längre tid. Än så länge syns ingen märkbar förändring i andel av öppenvården som utförs i primärvården. Det finns inte heller ännu tydliga tecken på att arbetssättet ”digitalt först, fysiskt när det behövs” har fått riktigt genomslag” (Västra Götalandsregionen, 2025, sidan 3).

Uppföljning i Göteborgsregionens medlemskommuner

Sedan 2023 publicerar Göteborgsregionen årligen så kallade nyckeltal på god och nära kommunal primärvård (se Nilsson, Larsen och Hansen, 2025; Larsen, Nilsson och Hansen, 2024). Inom ramen för dessa nyckeltal genomförs bland annat en enkät till patienter som har insatser i kommunal primärvård i 12 kommuner för att undersöka hur personcentrerad de upplever att vården är. En gemensam modell för att beräkna den kommunala primärvårdens kostnader har också utvecklats. I rapporten påängteras att kostnader för den kommunala primärvården behöver ställas i relation till patienternas vårdbehov och vårdtyngd. Sådana modeller saknas idag, men

håller på att utvecklas inom ramen för forskningsprojektet **ACHIEVE**
(Göteborgsregionen, 2026).



3. Metod och material

I det här kapitlet beskrivs hur förstudien genomfördes med fokus på datainsamlingens genomförande och analys. Kapitlet avslutas med en reflektion kring designens begränsningar.

Workshops

Inom ramen för förstudien genomfördes elva workshops under januari, februari och mars 2025 med politiker, chefer och andra tjänstepersoner samt vård- och omsorgspersonal i Västra Götalandsregionen och länets kommuner. En workshop definieras i detta sammanhang som ett sammanhang där en grupp människor tillägnar sig ny kunskap, genomför kreativ problemlösning och utvecklar nya idéer kopplat till en specifik frågeställning inom ett visst område (jämför Ørngreen och Tweddell Levinsen, 2017). Syftet med workshopparna var att identifiera vad som behöver mätas för att kunna följa omställningen till god och nära vård i Västra Götalands län på ett effektivt sätt. Syftet var också att fånga in kunskap och erfarenheter från olika perspektiv för att skapa en uppföljningsmodell som är relevant, accepterad och användbar i praktiken.

Två workshops genomfördes i Västra Götalandsregionen och två i vardera av de fyra kommunalförbundsområdena i länet, förutom i Göteborgsregionen där tre workshops hölls. Inbjudningar till dessa workshops togs fram i samarbete mellan projektledarna, projektassistenter och arbetsgruppen. Av inbjudan framgick att diskussionerna på workshopparna skulle spelas in och att inspelningarna skulle användas som underlag för att utveckla en länsgemensam uppföljningsmodell av omställningen till god och nära vård. Av inbjudan framgick också att inspelningarna skulle användas som underlag för en vetenskaplig artikel om styrning och uppföljning av omställningen till god och nära vård av Theresa Larsen tillsammans med forskare vid Göteborgs universitet.

Målsättningen var att hälften av workshopparna skulle rikta sig till politiker och förvaltningschefer och hälften till andra i målgruppen, från tjänstepersoner på strategisk nivå till de som jobbar nära patienter och brukare. Inbjudan spreds sedan av arbetsgruppen och projektledarna i olika nätverk och grupperingar i Västra Götalandsregionen och de fyra kommunalförbunden. Tiden från det att inbjudningarna skickades ut till det att workshopparna genomfördes var i genomsnitt drygt två månader.

Kunskapsunderlag skickades ut i förväg

För att rusta alla workshopdeltagare, så att de skulle kunna bidra i diskussionerna om utvecklingen av en länsgemensam uppföljningsmodell, fick

de ett underlag någon vecka före respektive workshop. Underlaget innehöll en kort beskrivning av vad omställningen till god och nära vård är, målbilden för omställningen i Västra Götalands län baserad på den länsgemensamma färdplanen, hur omställningen hittills följts upp på nationell och regional nivå samt uppdraget att utveckla nya mått som gör det möjligt att följa omställningen ur ett kvalitets- och kostnadsperspektiv i Västra Götalands län. I dokumentet fanns också länkar till referenser för den som ville läsa mer. Underlaget återfinns i sin helhet i bilaga 1.

Fysiska och digitala workshops

Tre av workshopparna genomfördes som fysiska möten medan övriga genomfördes digitalt via Teams. På varje workshop deltog mellan 7 och 37 personer och totalt medverkade 250 personer. Samtliga workshops faciliterades av någon av förstudiens två projektledare. I nedanstående tabell redovisar vi hur många personer som deltog uppdelat på Västra Götalandsregionen och de fyra kommunalförbundsområdena i länet.



Tabell 1 – Antal deltagare på workshops fördelade på organisation och roll

	Workshop	Politiker	2:a linjens chefer	1:a linjens chefer	Tjänstepersoner	Vårdpersonal	Totalt
Boråsregionen	Digital	12					12
	Digital		10	2	14		26
Fyrbodalen	Digital	2	4	1	5		12
	Digital			4	1	2	7
Göteborgsregionen	Digital		26		1		27
	Digital			16	20		36
	Fysisk	16					16
Skaraborg	Fysisk	11	17				28
	Digital		5	4	18		27
Västra Götalandsregionen	Fysisk		5	2	20	1	28
	Digital	10	2	3	15	1	31
Totalt		51	69	32	94	4	250

Kommentar: Med 2:a linjens chefer avses chefer som är chefer över chefer. Med 1:a linjens chefer avses chefer som är chefer över personer som inte är chefer.

Workshopparnas innehåll

Samtliga workshops följde den struktur som hade arbetats fram gemensamt av projektledarna och arbetsgruppen. Varje workshop inleddes med att en av projektledarna beskrev uppdraget från SRO, omställningen till god och nära vård, Västra Götalands färdplan för god och nära vård samt hur omställningen hittills följts upp nationellt och i Västra Götalands län. Några exempel på andra lokala och regionala uppföljningsinitiativ av omställningen från andra delar av landet gavs också. Efter denna presentation fanns möjlighet för kortare frågor och diskussion.

Därefter delades workshopdeltagarna in i mindre grupper om fyra till elva deltagare. Uppgiften var dels att diskutera såväl nuläge som önskat läge vad gäller uppföljningen av god och nära vård i Västra Götalands län, dels att arbeta fram konkreta förslag och idéer till en länsgemensam uppföljning.

Tre frågeställningar vägledde diskussionerna:

1. Ge exempel på befintliga nyckeltal och indikatorer som du tycker ska ingå i en länsgemensam uppföljningsmodell.

2. Vilken information saknar du för att kunna följa upp omställningen till god och nära vård ur ett kvalitets- och kostnadsperspektiv?
3. Ge förslag på nya nyckeltal och indikatorer som du tycker ska ingå i en länsgemensam uppföljningsmodell.

Diskussionsfrågorna hade skickat ut till deltagarna inför respektive workshop så att de skulle kunna förbereda sig, till exempel genom att diskutera med kollegor.

Diskussionerna i mindre grupper pågick i 30 till 45 minuter. Gruppdeltagarna förväntades diskutera självständigt, det vill säga, det fanns inga utsedda processledare i diskussionerna. Projektledarna försökte dock gå in i de olika smågrupperna för att säkerställa att deltagarna förstått uppgiften korrekt. Ibland deltog också deltagare från arbetsgruppen i gruppdiskussionerna och kunde vägleda vid behov.

Dokumentation

Gruppdeltagarna ombads dokumentera sina tankar från gruppdiskussionerna. Detta gjordes på post-it-lappar och anteckningar på de fysiska workshopparna och i det digitala dokumentationssystemet Padlet på de digitala workshopparna. Efter gruppdiskussionerna återsamlades deltagarna i storgrupp och grupperna fick redovisa sina viktigaste tankar och resultat för varandra. En till två veckor efter respektive workshop skickades en digital enkät ut där deltagarna ombads fylla på med ytterligare tankar och kommentarer kring en framtida länsgemensam uppföljningsmodell för omställningen till god och nära vård.

Diskussionerna på de fysiska workshopparna dokumenterades i anteckningsform av särskilt utsedda personer. Alla de digitala workshopparna, utom en (Skaraborg) spelades in i sin helhet, såväl det som sades i storgrupp som i de mindre grupperna. Inspelningarna transkriberades därefter ordagrant av AI-verktyget KlangAI. Samtliga digitala och fysiska post-it-lappar från gruppdiskussionerna samt kommentarer från uppföljningsenkäten lades in i en Excelfil där det framgick om post-it-lappen eller kommentaren skrivits på en workshop arrangerad inom Västra Götalandsregionen eller något av de fyra kommunalförbundsområdena. Varje enskild post-it-lapp eller kommentar som rörde någon av de tre diskussionsfrågorna lades in i en separat cell i tre flikar i filen – en flik för varje fråga. På fråga 1 fanns 125 noteringar, på fråga 2 fanns 85 noteringar och på fråga 3 fanns 155 noteringar. I de fall som samma text förekom på flera post-it-lappar eller kommentarer gjordes en notering om detta.

Analys

Initialt gjordes separata analyser av de två insamlade dataunderlagen i förstudien: en analys av de fysiska och digitala post-it-lapparna som sammanställts i en Excelfil samt en av de transkriberade gruppdiskussionerna. Båda dataunderlagen kodades och analyserades med abduktiv tematisk analys i flera steg (Alvesson och Sköldberg, 2017; Tavory och Timmermans, 2014). Abduktion kan beskrivas som ett växelspel mellan induktiv och deduktiv metod "... inte som mekanisk applicering [av teori och tidigare forskning] på enskilda fall, utan som inspirationskälla för upptäckt av mönster som ger förståelse" (Alvesson och Sköldberg, 2017, sidan 56). I denna studie innebar det att vi i analysen utgått från begrepp som är centrala i Västra Götalands läns gemensamma färdplan för omställningen till en god och nära vård (2022), på samma sätt som en deduktiv analys utgår från en uppsättning teoretiska begrepp hämtade från teoretiska referensramar. Dessa begrepp har varit: personcentrering, kontinuitet, samordning, samverkan, samordnad individuell plan (SIP), fast vård- och omsorgskontakt, tillit, digitalisering, tillgänglighet, öppen vård, mobila team, egenvård, egenmonitorering samt hälsofrämjande och förebyggande insatser. Samtidigt har vi i analysarbetet varit lyhörda för vad som "upptäcks" i det empiriska materialet, i likhet med en induktiv analys. När det under analysfasen visade sig att de begrepp vi valt på förhand inte var tillräckliga för att göra en fullödlig analys av materialet, införde vi därför nya begrepp och teman grundade i empirin.

Analysen av fysiska och digitala post-it-lappar

Vi som har skrivit den här rapporten läste först igenom alla noteringarna i Excel-filen för att bekanta sig med materialet och få en övergripande uppfattning om innehållet. Därefter genomförde en av oss en första tematisering där noteringar som handlade om liknande saker (exempelvis personcentrering, digitalisering eller samverkan) grupperades under tentativa temarubriker. Materialet lästes därefter igenom på nytt och temarubrikerna förfinades så att de bättre återspeglade kärnan i materialet. I ett sista steg sammanfördes närliggande teman och övergripande huvudteman identifierades.

Denna första tematisering granskades därefter av de övriga författarna var för sig, som gjorde noteringar om sådant som kunde behöva förtydligas eller omkategoriseras. Därefter diskuterade vi tillsammans sorteringen och tematiseringen, vilket resulterade i ytterligare några justeringar innan konsensus nåddes om hur materialet skulle kategoriseras och tematiseras.

Analys av gruppdiskussionerna

Eftersom det transkriberade materialet från workshopparna är mycket omfattande valde vi att enbart analysera transkriberingarna från gruppdiskussionerna. Det som sades i storgrupp var nämligen oftast en upprepning eller sammanfattning av det som sagts i de mindre grupperna. Totalt har 23 grupprumsdiskussioner analyserats. Varje transkriberad grupprumsdiskussion omfattar mellan åtta till femton A4-sidor text och sammantaget består det transkriberade materialet av närmare 250 sidor.

Vi läste först igenom allt material var och en för sig för att bekanta oss med det och för att få en allmän uppfattning om innehållet. Därefter läste vi alla tre igenom allt material igen och gjorde vid denna läsning var och en för sig kommentarer i texten och markerade de textavsnitt som vi uppfattade var mest centrala utifrån uppdragets frågeställningar. Vi identifierade även utsagor som kretsade kring de begrepp som är centrala i Västra Götalands läns gemensamma färdplan för omställningen till en god och nära vård (2022, se även föregående sida för en lista över begreppen). Därefter träffades vi vid upprepade tillfällen för att diskutera de understrykningar och anteckningar vi själva gjort i materialet för att gemensamt identifiera och enas om teman som materialet handlade om. Vi valde också ut citat från de transkriberade gruppdiskussionerna för att illustrera dessa teman. Citaten återges i rapportens resultatkapitel.

Reflektioner kring genomförandet

Förstudien har flera styrkor. Vi har samlat in många personers åsikter och fångat ett brett spektrum av åsikter från många olika aktörer, vilket stärker resultatens representativitet och relevans. Datainsamlingen via workshops främjade ett aktivt deltagande. Eftersom separata workshops hölls för Västra Götalandsregionen och kommunalförbunden uppfattar vi att deltagarna vågade dela med sig av sina erfarenheter och tankar utan att behöva ta hänsyn till samarbetspartners åsikter. Workshopparna fokuserade på vad deltagarna såg behov av att följa upp, ett perspektiv som tidigare inte varit i fokus när det gäller omställningen till god och nära vård. Trots att deltagarna på workshopparna representerade flera organisationer och professioner pekade de på många gemensamma teman, behov och utmaningar när det gäller uppföljningen av omställningen till en god och nära vård. Eftersom vi spelade in och transkriberade diskussionerna på merparten av de digitala workshopparna har det varit möjligt att citera det som sades i denna rapport, vilket bidragit till att göra resultaten mer levande och konkreta.

Men förstudien har också svagheter. Målsättningen var att fånga många yrkesgruppers och företrädares åsikter genom workshopparna. Trots att inbjudningarna till workshopparna tydligt riktade sig till en bred målgrupp var

det bara ett fåtal vård- och omsorgspersonal som arbetar patient- och brukarnära som deltog. Ytterligare svagheter med förstudien är att diskussionerna på de fysiska workshopparna inte spelades in och att anteckningarna från dessa är kortfattade, vilket gör att deltagarnas röster från de fysiska workshopparna inte syns lika tydligt i resultatredovisningen. Dessutom hölls fler workshops med kommunanställda än med regionanställda. Därför finns det fler citat från deltagare i kommunerna än från regionen, även om vi strävat efter en balans mellan olika perspektiv i resultatredovisningen.



4. Resultat

I det här kapitlet redovisar vi resultatet från de workshops som hölls under förstudien. Kapitlet bygger framför allt på vad deltagarna diskuterade under workshopparna, men innehåller också beskrivningar av vad deltagarna skrev på de fysiska och digitala post-it-lapparna. Kapitlet inleds med övergripande reflektion kring det insamlade materialet.

Två kompletterande datakällor

Det finns skillnader mellan vad deltagarna skrev på post-it-lapparna och vad de pratade om under gruppdiskussionerna på workshopparna. Diskussionerna gav utrymme för deltagarna att fundera kring vad omställningen till god och nära vård faktiskt är och vilka utmaningar som finns när en så komplex och mångfacetterade förändring ska följas upp. Uppgiften att skriva ner idéer och förslag gjorde att deltagarna konkretiserade och preciserade de behov som de såg. Samtidigt vill vi påpeka att flera förslag på indikatorer som deltagarna noterade på post-it-lapparna inte är möjliga att följa i dagsläget eftersom datakällor saknas eller håller för låg kvalitet. Varken post-it-lapparna eller de transkriberade gruppdiskussionerna gav var för sig tillräcklig information om vad anställda och förtroendevalda i Västra Götalandsregionen och länets kommuner behöver veta för att kunna följa omställningens utveckling och effekter. Däremot ger det sammantagna materialet en god bild av behoven liksom en vägvisning om vilka steg som behöver tas för att utveckla en länsgemensam modell för uppföljning av omställningen till god och nära vård.

Den strategiska ledningsnivån är överrepresenterad

Inledningsvis vill vi också säga något om deltagarna på workshopparna och i vilken utsträckning de speglar de personer som berörs av omställningen till god och nära vård i länet. Det har i andra sammanhang påpekats att det strategiska utvecklingsarbetet kring omställningen i huvudsak bedrivs på ledningsnivå och att medarbetare längre ut i organisationerna inte är delaktiga i omställningsarbetet i den lokala kontexten (se till exempel SOU 2020:19, sidan 137 och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2025, sidan 55). Sammansättningen av deltagare på de workshops som hölls i denna förstudie är ytterligare ett symptom på att omställningen främst är något som diskuteras på ledningsnivå. Trots att vi i inbjudan tryckte på att vi önskade en spridning avseende deltagarnas position och yrke var det bara fyra vård- eller omsorgspersonal som arbetade patient- eller brukarnära bland de 250 personerna på workshopparna (se Tabell 1). Vi vill därför uppmärksamma läsaren på detta och att resultaten främst speglar åsikter bland personer som arbetar på strategisk ledningsnivå.

Noteringar på digitala och fysiska post-it-lappar

Som vi tidigare beskrivit i rapportens metodavsnitt var deltagarna på workshopparna ombudda att diskutera och göra anteckningar på post-it-lappar kring följande frågeställningar:

1. Ge exempel på befintliga nyckeltal och indikatorer som du tycker ska ingå i en länsgemensam uppföljningsmodell.
2. Vilken information saknar du för att kunna följa upp omställningen till god och nära vård ur ett kvalitets- och kostnadsperspektiv?
3. Ge förslag på nya nyckeltal och indikatorer som du tycker ska ingå i en länsgemensam uppföljningsmodell.

Majoriteten av anteckningarna på post-it-lapparna kretsade kring de teman som lyfts som centrala i Västra Götalands läns färdplan för omställningen till en god och nära vård (2022): personcentrering, kontinuitet, samordning, samverkan, samordnad individuell plan (SIP), fast vård- och omsorgskontakt, tillit, digitalisering, tillgänglighet, öppen vård, mobila team, egenvård, egenmonitorering samt hälsofrämjande och förebyggande insatser. Utöver dessa teman handlade deltagarnas post-it-lappar även om vård på rätt vårdnivå, tillgänglighet, patientdelaktighet, adekvat läkemedelsbehandling, resursfördelning, vårdkvalitet, resultat och måluppfyllelse. Dessutom handlade flera av deltagarnas post-it-lappar mer allmänt om hur de önskade att en framtida länsgemensam uppföljningsmodell av omställningen till god och nära vård ska se ut.

Post-it-lapparna kretsade kring ungefär samma teman oavsett om de var skrivna som svar på frågeställning 1, 2 eller 3. Undantaget är vårdkvalitet där ingen gav exempel på *befintliga* nyckeltal eller indikatorer på detta tema. Däremot fanns det flera post-it-lappar med förslag på vad deltagarna skulle vilja följa avseende vårdkvalitet.

Av post-it-lapparna framgår att många är osäkra på vad som är möjligt att följa upp och mäta idag baserat på befintliga data och verksamhetssystem och vilka nyckeltal, indikatorer och andra mått som följs idag av kommuner i Västra Götalands län eller av Västra Götalandsregionen. Flera av förslagen på vilka befintliga nyckeltal och indikatorer man tycker ska ingå i en länsgemensam uppföljningsmodell, följs inte idag. Det beror bland annat på att data saknas helt eller för att kvaliteten på data som ett sådant nyckeltal eller en sådan indikator skulle bygga på är alltför bristfällig. Den som vill ta del av vad som skrevs på post-it-lapparna mer i detalj hänvisas till bilaga 2 som innehåller en tematiserad sammanställning av dessa.

Gruppdiskussionerna

Under gruppdiskussionerna uttryckte deltagarna ett stort intresse av att följa upp omställningen – men också en utbredd frustration över att det saknas enhetliga, relevanta och tillförlitliga mått som kan ge svar på det man vill veta. Existerande statistik upplevs ofta som otillräcklig eller missvisande. Resultatet från gruppdiskussionerna presenteras nedan under sju rubriker som speglar de teman som samtalen i huvudsak kretsade kring: *osäkerhet kring vad omställningen till god och nära vård innebär, utmaningar med att följa upp omställningen, resurser och kostnader, kompetensförsörjning, förebyggande arbete, vårdkvalitet och samverkan.*

Osäkerhet kring vad omställningen till god och nära vård innebär

Majoriteten av gruppdiskussionerna inleddes med att deltagarna pratade om att de känner sig osäkra på vad omställningen till god och nära vård egentligen innebär och att det därmed blir svårt att precisera vilken information som behövs för att kunna följa upp omställningen.

Om vi ska diskutera här vad vi ska ha för indikatorer för att veta om vi når omställningen eller inte [...] då måste vi veta vad menar vi med omställningen. Och där tycker jag vi brottas ganska mycket med att det är lite luddigt, åtminstone kan vi i verksamheterna uppleva det.

Deltagare Västra Götalandsregionen

För att komma vidare i diskussionerna kring vad som ska följas upp och hur det kan göras resonerade många av deltagarna kring hur de ser på och definierar omställningen. Här blev det tydligt att det saknas samsyn. Medan vissa ansåg att omställningen i första hand innebär stärkt samverkan och att sätta patienten i fokus menade andra att omställningen handlar om att flytta ut vården från sjukhuset för att spara pengar och att målet är att så mycket vård som möjligt ska ske i hemmet.

För mig handlar det väldigt mycket om den här övergången till en annan logik. Alltså från fabrikslogiken till tjänstelogiken. Mycket mer av det personcentrerade, det nära, det förebyggande, det proaktiva.

Deltagare Västra Götalandsregionen

Nära vård är väl att man inte vårdas på en högre vårdnivå än nödvändigt. För hela målsättningen är ju att det ska vara så nära den enskilde som möjligt och det är väl inte på sjukhus mest.

Deltagare Göteborgsregionen

Jag tror många av oss på sjukhuset tolkar omställningen enbart som en förflyttning från sjukhusvård till primärvård och tidigare ut i kedjan. Så om

det är en missuppfattning så vore det nog bra med litet förtydligande kring det.

Deltagare Västra Götalandsregionen

Man förknippar det [omställningen] nog mest med att vi har flyttat ut de avancerade patienterna från sjukhuset ut till kommunerna.

Deltagare Fyrbodal

Jag tror inte vi taktar riktigt, att vi inte har samma målbild i vad det här med nära vård är. Risk-konsekvensanalysen kring det här är nog inte gjord utifrån alla perspektiv tänker jag.

Deltagare Boråsregionen

Socialtjänsten glöms bort i omställningen

Flera deltagare från kommunerna påpekade att diskussionerna om omställningen till god och nära vård i landet oftast bara belyser hälso- och sjukvården och att socialtjänsten glöms bort trots att den många gånger är en förutsättning för att en person ska kunna vårdas i hemmet. Några påpekade också att de upplever att det är för stort fokus på vård i ordinärt boende och att man glömmer bort att en stor del av vården och omsorgen i kommunerna sker på vård- och omsorgsboenden.

Vi kan inte ha en nära vård om vi inte har alla parter runt brukaren och patienter med. Vi måste få med helheten. Vi är både sjukvård och socialtjänst och vi har ibland till och med civilsamhället med oss för att få till det.

Deltagare Boråsregionen

Osäkerhet kring hur långt omställningen kommit

I samband med diskussionerna kring vad omställningen till god och nära vård är framhöll många deltagare att de inte vet hur långt omställningen kommit, varken i länet eller nationellt. Några menade att ett skäl till detta är att varje verksamhet har fullt upp med sitt och fokuserar på det som händer i den egna organisationen. Omställningen däremot handlar om vården som helhet, men det finns ingen som ser på hur de olika delarna fungerar tillsammans.

Hur långt har vi kommit? För mig är det mycket så här, vi pratar om det, god och nära vård, att vi är på väg till det. Men okej, hur långt har vi kommit? Hur mycket har vi kvar? Jag tycker personligen att det har varit svårt att följa [...] man är bara så fokuserad på sitt eget. Vi har ju liksom vårt.

Deltagare Göteborgsregionen

Flera deltagare från kommunerna betonade att de upplever att man befinner sig mitt i omställningen. De poängterade också att de upplevde att omställningen gått snabbt och att kommunerna inte varit särskilt delaktiga i

att utforma omställningen utan snarare satts i en förändrad situation som de inte kunnat påverka.

Man är fullt medveten om vad nära vård är och man gör sitt bästa för att hantera det som på många sätt känns som att det bara har eskalerat och kommit över oss [...] Jag tänker att det är uppenbart att vi är där så till vida att de ärenden som kommer hem från sjukhus, personerna är oerhört mycket sjukare nu, både de som behöver komma till korttids, men även till det egna hemmet.

Deltagare Fyrbodal

Flera framhöll att den största förändring som de kan se relaterat till omställningen är att slutenvården minskat, både vad gäller antal slutenvårdsplatser och vård dygn, och att mer vård nu förväntas kunna utföras i den regionala och kommunala primärvården – utan att den fått någon tydlig resursförstärkning.

Sen tror jag också man har börjat lite grann i fel ända med att skära i slutenvården och putta ut till primärvården utan att ge resurserna där. Pratar man med vårdcentralerna så har de ju liksom, det blir ju en mer och mer ohållbar situation som redan var ohållbar från början.

Deltagare Fyrbodal

Utmaningar med att följa upp omställningen

För att komma vidare i diskussionerna om vad som ska följas upp i länet när det gäller god och nära vård valde flera grupper att utgå från den länsgemensamma färdplanen och i synnerhet figuren som visar på målbilden för omställningen (se figur 2 i denna rapport). Samtidigt var det många som påpekade att färdplanen och den länsgemensamma målbilden inte ger tillräcklig vägledning för att veta vad som ska göras i omställningen eller när målen för omställningen kan anses vara nådda. Till exempel anges i målbilden att en förflyttning ska ske från slutenvården till öppen vård, men inte i vilken utsträckning eller för vilka patientgrupper. ”Målbilden kan väl inte innebära att all vård ska ske i den öppna vården i framtiden?” undrade någon.

Många påpekade under diskussionerna att den uppföljning som görs måste kännas relevant och begriplig. Flera ifrågasatte den uppföljning som sker idag relaterat till omställningen. Den månadsvisa uppföljningen av antal dagar som patienter är kvar på sjukhus efter att de bedömts vara utskrivningsklara lyftes fram av flera deltagare som ett mått som man tycker fått för stort fokus i länet. Förändringarna från en månad till en annan är små samtidigt som måttet, ur kommunernas synvinkel, lägger för stort fokus vid slutenvårdens tolkning av när en patient är klar för utskrivning till kommunen. Detta leder till skav i samverkan.

Vi skulle behöva jobba med händelseanalyser som sträcker sig över våra partsansvar i vårdsamverkan för att verkligen sätta fingret på det [som inte fungerar]. För ofta har vi ju olika uppfattningar om någon har fallit mellan stolarna eller inte.

Deltagare Boråsregionen

Bristande samsyn försvårar gemensam uppföljning

Flera poängterade också att det är viktigt att det finns en samsyn mellan regionen och kommunerna om såväl målen med omställningen till god och nära vård i länet som hur omställningen ska följas upp ”... så att vi inte kommer med olika nyckeltal och slår dem i huvudet på varandra”, som en deltagare uttryckte det. Några grupper diskuterade också vad effekterna blir av att följa vissa mått och inte andra.

Det man mäter, det tenderar man ju liksom arbeta mot [...] Då gäller det att det är ett vettigt mål. De här indikatorerna, att det tar oss dit vi vill och att det inte bara är det som finns tillgängligt och lätt att mäta.

Deltagare Fyrbodalsregionen

Analysstöd behövs

Många deltagare uttryckte att det finns en stark infrastruktur för insamling av data, särskilt inom Västra Götalandsregionen, men att utnyttjandet av denna data för analys, lärande och utveckling brister. I flera av grupperna diskuterade deltagarna att det kan vara svårt att tolka resultatet av olika mått och uppföljningar, i synnerhet om det finns kvalitetsbrister i data som behöver beaktas. Andra poängterade att för att omställningen till god och nära vård ska bli framgångsrik krävs en tydligare koppling mellan att det som framkommer vid analys av data leder till faktisk förändring i verksamheterna.

Flera chefer framhöll att de känner sig osäkra på hur de ska agera och styra verksamheten i relation till nyckeltal och indikatorer. Det gäller i synnerhet mått vars utveckling över tid kan ha många olika orsaker som är svåra att identifiera och vars utfall en enskild verksamhet inte enkelt kan påverka.

Och då tänker jag att [...] den siffran [oplanerade återinskrivningar av äldre] säger ingenting annat än att jag får stå och skämmas på politisk nämnd.

Deltagare Göteborgsregionen

Olika önskemål om en läns-gemensam uppföljningsmodell

Flertalet grupper diskuterade hur många mått en läns-gemensam uppföljningsmodell av omställningen till god och nära vård bör innehålla. Många framförde att de önskade en modell som innehåller så få mått som möjligt, att samma indikatorer som följs upp nationellt av SKR och

Socialstyrelsen också ska följas upp i Västra Götalands län och att måtten är robusta över tid. Samtidigt var det flera som påtalade att de aldrig tagit del av SKR:s eller Socialstyrelsens indikatorer och inte heller upplever att de ger svar på hur det går med omställningen.

Flera grupper ansåg att det är av stort värde att använda befintliga och etablerade register, nyckeltal och indikatorer för att följa utvecklingen mot god och nära vård. Exempel som nämndes var Göteborgsregionens nyckeltal om kommunal primärvård, nationella patient- och brukarenkäter samt kvalitetsregister så som Senior Alert, BPSD-registret och Svenska Palliativregistret.

För att minimera antalet uppföljningsmått föreslog några att man borde fokusera uppföljningen kring patienter som är gemensamma för region och kommun, vilket ofta är de patienter som har de största och mest komplexa vårdbehoven. Andra betonade istället att de upplever att såväl omställningen som den uppföljning som sker av god och nära vård idag har för stort fokus på äldre personer. Flera deltagare i kommunerna påpekade att det är viktigt att inte glömma uppföljningsmått kring barn, anhörigvårdare, personer med funktionsnedsättning samt psykisk sjukdom eller samsjuklighet. Andra framförde att det är av största vikt att utveckla och kvalitetssäkra många olika typer av mått och indikatorer som underlag för kvalitetsutveckling och styrning och att uppföljning behöver göras parallellt på flera olika nivåer i verksamheterna. Här framhölls vikten av balanserade mått för att säkerställa att förbättringar i en del av systemet inte leder till negativa effekter i andra delar. En återkommande synpunkt från kommundeltagare var också att både genomförandet och uppföljningen av omställningen till god och nära vård, den nya socialtjänstlagen och förslagen i samsjuklighetsutredningen behöver gå hand i hand.

Flera grupper diskuterade hur resultaten av en länsgemensam uppföljningsmodell bör presenteras. Många önskade någon form av webbplats där olika mått och indikatorer uppdateras regelbundet och där data hämtas automatiskt från olika källor och verksamhetssystem. Den dashboard som finns i Region Jönköping där data hämtas från verksamhetssystemet Cosmic framhölls av flera som en förebild. Ett par deltagare från kommunerna poängterade dock att alla mått inte lämpar sig för frekvent uppdatering. Enkäter till patienter kan kanske bara göras en gång per år och effekterna av förebyggande insatser tar lång tid att se.

Det är svårt att mäta det förebyggande arbetet på kvartalsvis. Det kan vara kanske 5, 10, 20 år som man skördar de stora frukterna.

Deltagare Fyrbodalen

Kvalitetsbrister i data

Många av grupperna diskuterade svårigheter med att få fram kvalitetssäkrade data till grund för mått och indikatorer och vilka konsekvenser bristfälliga data kan få. Deltagare från kommunerna påtalade svagheter i registreringen av så kallade KVÅ-koder som visar vilka insatser som getts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Olika personer registrerar på olika sätt samtidigt som olika verksamhetssystem och organisationspecifika riktlinjer bidrar till att registreringen inte är jämförbar mellan verksamheter eller över tid.

Det är publika siffror där vi jämförs nationellt och som kommer i händerna på våra politiker. Och som drar vissa slutsatser av detta som är helt och hållet felaktiga. Det här är ju egentligen helt galet.

Deltagare Göteborgsregionen (om Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård)

Både deltagare från Västra Götalandsregionen och kommunerna påtalade att en stor utmaning i utvecklingen av en länsgemensam uppföljningsmodell är att kommunerna inte har möjlighet att få fram data som är jämförbar mellan kommuner ur sina verksamhetssystem på ett enkelt sätt.

Vi har precis upphandlat nytt verksamhetssystem. Vi hade ganska höga krav på just den kommunal primärvårdsdelen. Att man ska följa upp den. Vi hade ett undermåligt system innan. Trots det så funkar ju nästan inget. Man får göra det manuellt.

Deltagare Göteborgsregionen

Flera framförde att det som mäts i regionen skulle behöva mätas i kommunerna också om det ska bli möjligt att få fram relevanta beslutsunderlag.

När vi blir bättre och bättre på att följa upp vad insatserna ger. Då tror jag vi får bättre underlag och faktiskt vågar sluta göra grejer.

Deltagare Göteborgsregionen

3 Balanserade mått syftar till att ge en helhetsbild av verksamheten, där man inte bara fokuserar på ett område utan balanserar olika perspektiv, exempelvis kostnader, utfall för patienten samt personalens och patientens upplevelse.

Kommundeltagare beskrev också att det helt saknas data på många områden som kommunerna uppfattar är viktiga att följa för sin egen kvalitetsutveckling. Det gäller exempelvis vilka insatser som delegeras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal till omsorgspersonal.

Den kommunala primärvården gör väldigt mycket men vi har urusel statistik på vad vi faktiskt gör. Vi kan inte jämföra oss med vårdcentralerna och specialistsjukvården som har statistik på nästan varje minut.

Deltagare Fyrbodal

Även deltagare från Västra Götalandsregionen påtalade kvalitetsbrister i data som kan påverka vilka slutsatser som dras av olika mått och indikatorer. En deltagare beskrev till exempel att det är ovanligt att läkare registrera biddiagnoser så som nutritionsproblematik hos äldre, som kan vara mycket relevanta att följa ur ett skörhets- och vårdtyngdsperspektiv.

I många grupper diskuterades att det förekommer felaktiga föreställningar om hur andra vårdaktörer agerar och hur de borde göra istället. Ett skäl till dessa missuppfattningar är att det saknas data som beskriver hur det faktiskt är. Fakta ersätts då med spekulationer baserade på egna erfarenheter.

Vi vill veta om det verkligen är så som det påstås: att vi skickar in patienter med ohållbar hemsituation till exempel.

Deltagare Göteborgsregionen

En deltagare berättade att omsorgspersonalen i en kommun ”massignerat” delegerade insatser vid ett tillfälle i efterhand bara för att det skulle se bra ut i statistiken, oavsett om insatserna utförts eller inte. En annan ansåg att vårdpersonal är så underordnade olika verksamhetssystem idag och att det är prioriterat att ”det ska se så snyggt och städat ut i dem” att det blir verksamhetssystemen och inte patienten som står i fokus. Av detta skäl var det flera deltagare som betonade att en länsgemensam uppföljningsmodell av omställningen till god och nära vård inte får medföra en ökad administrativ börda i form av manuella mätningar och registreringar utan måste bygga på att data kan hämtas automatiskt ur verksamhetssystemen.

Resurser och kostnader

Många post-it-lappar rörde temat resursfördelning i vid bemärkelse. Det handlade om noteringar där deltagare framhöll vikten av att följa den ekonomiska utvecklingen för olika vårdgivare och vårdnivåer, men också noteringar om behovet av att följa vårdtyngd, bemanningsnivå och kompetensnivån hos personal på olika vårdnivåer.

Ett återkommande tema i alla gruppdiskussioner var i vilken utsträckning som det skett en förflyttning från slutenvård till andra vårdformer: öppen

specialistvård, regional och kommunal primärvård, vård i hemmet via mobila team och egenvård. Nedanstående citat är hämtat från en post-it-lapp men illustrerar väl de diskussioner som fördes på workshopparna kring resursfördelningsfrågor.

Ekonomi är en nyckelfråga. Det behövs en ekonomisk modell som följer förskjutningen till nära vård. Det bör finnas en kostnadsmodell som är rörlig mellan huvudmännen för att eliminera att kostnaden blir en bromskloss för förflyttningen. En utjämningsmodell över tid, likt LSS-utjämnningen.

Deltagare Skaraborg

Kunskap saknas om vad som är mest kostnadseffektivt

Flera deltagare i kommunerna ifrågasatte huruvida det verkligen alltid är mer kostnadseffektivt att utföra vård i hemmet istället för på sjukhus och önskade att det fanns bättre underlag som visar på hur det faktiskt förhåller sig.

På sjukhus så har man ju inga transportsträckor mellan folk. Och vi har det ju bra som bor i en storstadsregion, men det räcker med ... vi har ju södra skärgården. Det är jättesvårt när man har svårt sjuka människor där ute. Det kan vara ett besök på en dag om patienten bor på fel ö.

Deltagare Göteborgsregionen

Några deltagare i kommunerna berättade att många patienter som vårdats på sjukhus har så stora kvarvarande vårdbehov efter utskrivning att de inte kan återvända till sitt hem i ordinärt boende utan behöver komma till en korttidsplats först. De upplevde dock att sjukhuset ser det som att patienten kommer hem bara den tas om hand av kommunen. Patienten uppfattar däremot oftast korttidsplatsen som en annan sjukhusmiljö. Många patienter vårdas i omgångar på såväl korttidsplats som i ordinärt boende och på vård- och omsorgsboende i kommunen under sista tiden i livet. Deltagarna funderade över hur väl detta rimmar med intentionerna i omställningen.

Om de inte är på sjukhus, blir det så att vi ska hålla på och utöka korttidsplatser istället? Då har vi bara förskjutit vården i fantasin. De får ju fortfarande inte vara hemma.

Deltagare Göteborgsregionen

Befintliga finansieringsmodeller motarbetar omställningen

Flera grupper betonade att befintliga finansieringsmodeller upplevs som stelbenta och svåra att anpassa till den komplexitet som uppstår när vård ska förflyttas från en vårdform till en annan. Den så kallade KOK-boken, som styr ersättningen till den regionala primärvården i länet, lyftes ofta som ett exempel på ett hinder för omställningen. Flera menade också att ersättningen till såväl den regionala som kommunala primärvården behöver öka om

primärvården ska kunna utgöra det nav som betonas i utredningarna om god och nära vård (se till exempel SOU 2019:29).

Man säger att man ska minska antalet inskrivningar och antalet dagar i slutenvården. Men alla vet ju redan om att det inte har anpassats i något anställande. Att resurserna inte vandrar ut till oss [i primärvården].

Deltagare Västra Götalandsregionen

Deltagarna lyfte även exempel på hur slutenvårdens och kommunernas finansieringsmodeller utgör hinder för omställningen och att en helt ny finansieringsmodell skulle behöva införas för att kunna realisera målen med omställningen.

Vi från slutenvården, vi vågar inte ställa om den [vården] med risken för att bli av med resurser. Så då blir det ett dött lopp liksom. Ingen gör någonting. Det blir ett låst läge.

Deltagare Västra Götalandsregionen

Så länge vi har den finansieringsmodellen som vi har så ställer det till det för oss. Skulle vi kunna rucka på det och hitta ett annat sätt så hade det varit väldigt mycket enklare att genomföra.

Deltagare Fyrbodal

Den kommunala primärvårdens kostnader följs inte

Flera kommundeltagare framförde att det är problematiskt att det idag saknas såväl en läns- som nationell modell för att följa den kommunala primärvårdens kostnader på kommunnivå. Det är därför svårt att veta om det sker en förskjutning av kostnader mellan huvudmännen. Flera ansåg också att avgränsade kostnadslag behöver följas särskilt. Det gäller till exempel kostnader för hjälpmedel och välfärdsteknik.

Men om det är det enda behovet de har är hjälp med läkemedel som kan lösas av en teknisk produkt som regionen redan idag har möjlighet att förskriva. Då skulle de göra det, men det gör de inte för att det kostar pengar. Så att det inte blir kommunerna som måste bekosta all välfärdsteknik.

Deltagare Göteborgsregionen

Vård på rätt vårdnivå

Det tema som deltagarna skrev flest post-it-lappar om var vikten av att kunna följa om vård ges på rätt vårdnivå. Flera betonade att man bör följa upp att vården ges på lägsta möjliga vårdnivå och att den vård som ges är så kostnadseffektiv för samhället som möjligt.

Det framkom att gränsdragningarna mellan olika huvudmän är en källa till osäkerhet, otydlighet och ibland konflikt. Flera betonade att det är viktigt att

undersöka vilka konsekvenser förflyttning av patientgrupper mellan vårdgivare fått och att man då också behöver undersöka hur patienter och anhöriga påverkas.

I förflyttning från sluten till mer öppen vård framhålls också i den länsgemensamma färdplanen att mer vård ska ges i hemmet, exempelvis genom mobila team, och att andelen digitala vårdbesök liksom egenvård och egenmonitorering ska öka. Ur detta perspektiv hade deltagarna skrivit att de ser ett behov av att följa hur mycket vård som ges i olika vårdformer och på olika vårdnivåer, exempelvis genom att mäta antal slutenvårdsdygn för olika patientgrupper, antal digitala vårdbesök i såväl specialistvård som kommunal och regional primärvård, antal hembesök av läkare i primärvården, antal inskrivna patienter per kommun i kommunal primärvård, antal vårddygn på korttidsplats respektive vård- och omsorgsboende i kommunerna och antal utfärdade egenvårdsintyg. Det fanns också post-it-lappar där deltagare skrivit att man behöver följa hur många invånare som uppsöker en akutmottagning i onödan liksom hur ofta som ambulansen inte tar med patienten till sjukhus i de fall den tillkallats av personal i kommunal primärvård. Detta var en situation som man från kommunernas sida upplevde hade ökat kraftigt på senare år. Många hade också noterat att det är viktigt att fortsätta följa andelen oplanerade återinskrivningar i slutenvård liksom att återkommande analysera hur vårdkedjan från sluten vård till öppen vård fungerar. Deltagare från Västra Götalandsregionen beskrev till exempel vad konsekvenserna kan bli när kommunerna inte tar hem en patient tillräckligt snabbt när den bedömts vara utskrivningsklar.

För att om vi inte får ut patienterna i kommun då från slutenvården så kan vi inte heller ta emot nya patienter från intensivvården och då kan de inte få upp patienter som kanske blir sämre på en vårdavdelning som behöver. Vi har ju haft sådana incidenter där det har dröjt en timme för länge och det är liksom ödesdigert för vissa patienter.

Deltagare Västra Götalandsregionen

Samtidigt ansåg många deltagare från kommunerna att det är för stort fokus på att följa upp slutenvården och hur snabbt kommunen tar hem patienter efter att de blivit utskrivningsklara. Flera deltagare berättade att de upplevt att ambulansen allt oftare inte tar med patienter till sjukhuset, även när en läkare från primärvården gjort bedömningen att personen är i behov av sjukhusets resurser.

Man mäter hur många som har varit inlagda, men man mäter ju aldrig hur många som skulle behövt ha varit inlagda där sjuksköterskorna har fått ett nej till inläggning och vi ska sköta den vården på våra boenden.

Deltagare Boråsregionen

Flera menade att man skulle behöva lägga större fokus vid att undersöka om det blev bra för patienten och om gällande rutiner följts, kanske genom att sätta sig ner och gemensamt analysera ett antal patientfall som rör övergången från slutenvård till vård i kommunal regi.

Övervältring av kostnader och ansvar

Deltagarna hade också noterat att de vill veta om en ökning eller minskning av en viss vårdform på en viss vårdnivå påverkar hur mycket vård som ges i andra vårdformer och på andra vårdnivåer. Leder exempelvis mer egenvård till minskad vårdkonsumtion på andra vårdnivåer? Några deltagare från Västra Götalandsregionen hade gjort noteringar om att de vill följa vissa diagnoser och patientgrupper som enligt regionala riktlinjer ska ges vård på en viss vårdnivå: hur det förändras över tid, i vilken utsträckning riktlinjerna följs, hur utfallet för patienten påverkas om vård ges på en annan vårdnivå än tidigare och hur vårdpersonal ser på sina möjligheter att ge vård till nya patientgrupper utifrån förändrade riktlinjer. Ytterligare ett önskemål var att följa vilka diagnoser man söker hjälp för i den regionala primärvården.

Deltagarna beskrev många situationer då de ansåg att andra vårdgivare försökte vältra över ansvaret på en annan vårdgivare.

En väldigt stor andel av alla ärenden på BUP handlar om att kommunerna tyvärr inte har egna resurser att hantera det. Och då lägger man en remiss till BUP och då ser vi hur kön ser ut där. Vi behöver komma till rätta med att alla ärenden nog inte behöver skickas iväg till BUP. Men det bygger på att kommunerna har både finansiella och kompetensmässiga resurser.

Deltagare Boråsregionen

Många deltagare i kommunerna var bekymrade över hur ökningen av mobila team kommer att påverka behovet av att ge omsorgsinsatser i kommunen och att det därför är viktigt att följa detta i en länsgemensam uppföljningsmodell.

Vem ska sköta det hemma? Inte kommer slutenvården att stanna hos patienten en halv dag för att den behöver det stödet och hjälpen. Nej, de kommer ju göra en insats och ge en ordination eller någonting, sen åker de ju. Så det kommer ju att landa på kommunen.

Deltagare Boråsregionen

Önskemål om att följa patienters vårdtyngd

Flera deltagare i kommunerna betonade att det inte räcker att följa kostnadsutvecklingen i olika verksamheter och hos huvudmännen utan att man behöver analysera kostnadsutvecklingen i relation till eventuella förändringar i uppdrag och patienternas vårdtyngd. Ett flertal deltagare

föreslog att ICF och KVÅ-koder borde kunna användas för att mäta vårdtyngd.

Och det tänker jag när vi pratar om nya hälso- och sjukvårdsavtalet. Och hela frågan om liksom förskjutningen av specialistvård till primärvård. Det finns ju en ganska stor risk att mer av de komplexa insatserna kommer behöva göras i kommunal primärvård. Och då är det klart att då funderar man ju på kostnadsutvecklingen ställt i relation till patienternas eventuellt nya behov eller mer komplicerade behov i alla fall. Och det har vi ju inget bra sätt riktigt att mäta som jag känner till.

Deltagare Göteborgsregionen

Flera deltagare i kommunerna tyckte sig se att vårdtyngden i kommunerna ökar, men visste inte om detta motsvaras av en minskad vårdtyngd i andra delar av vårdsystemet – eller om det helt enkelt handlar om att fler patienter är i behov av vård.

Jag skulle vilja se vad är det som har minskat hos dem när det ökar hos oss eller är det ens en minskning? [...] Vad innebär det för sjukhuset och vad innebär det för oss?

Deltagare Göteborgsregionen

Flera framhöll att patienterna som sköts i den kommunala primärvården är sjukare och har mer komplexa vårdbehov än för ett par år sedan. Många exempel som illustrerar detta gavs under gruppdiskussionerna. Det handlade bland annat om att allt fler avlider i ordinärt boende eller på vård- och omsorgsboende, vilket ökar behovet av vak och palliativ vård i kommunal regi. Några noteringar på post-it-lapparna handlade om behovet av att följa hur stor andel som avlider på sjukhus jämfört med i hemmet och på andra platser. Andra noteringar på detta tema handlade om att följa antal hemtjänsttimmar, antal inskrivna i kommunal primärvård, antal delegerade hälso- och sjukvårdsuppdrag i kommunal primärvård och digitala vårdkontakter.

4 ICF står för Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. ICF kan användas för att beskriva individens funktionstillstånd, mål, behov samt resultat (Socialstyrelsen, 2025c).

5 Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) används för att beskriva planerade och utförda vårdåtgärder (utreda, förebygga, behandla och följa upp).

Flera deltagare från kommunerna såg en ökning av mer avancerade insatser i kommunal primärvård som hemdialys, blodtransfusioner, smärtpumpar och vård av patienter med trakeostomi. Sådana insatser kan binda upp legitimerad personal i flera timmar hos en enda patient, vilket kan leda till undanträngningseffekter och att fler insatser behöver delegeras till icke-legitimerad personal eller utföras som egenvård av anhöriga eller patienten själv istället. Men även införandet av nya men mindre tidskrävande insatser påverkar kommunerna.

Vi har även ett arbete som pågår med ögonkliniken där vissa ögonmätningar sker på hemmaplan hos patienter. Personalen skulle göra ögontryckmätningen vilket gör att man inte behöver åka in och göra de här kontrollerna. Det blir mindre belastning på ögonmottagningen, men det tar ju tid för kommunens personal.

Deltagare Göteborgsregionen

Deltagare från kommunerna underströk att det inte är bristande vilja som hindrar sådana insatser – utan brist på system och resurser.

Det är inte så att vi inte vill att patienten ska vårdas hemma, men det finns vissa strukturer som behöver vara klarlagda innan.

Deltagare Göteborgsregionen

Egenvården och digitala lösningar behöver följas

Några deltagare beskrev att förändrade arbetssätt, som exempelvis mer egenvård och digitala lösningar, skulle kunna leda till kraftiga kostnads- och effektivitetsvinster.

Vi kan ta en sådan enkel sak som att få hjälp med stödstrumpor. I de flesta kommuner så får man hjälp morgon och kväll och hamnar på maxtaxa. Kan man då få någon som kommer hem och visar hur det funkar med strumppådragare istället. Tre gånger. Så har man tjänat in ganska stora pengar både för den enskilde i form av att man klarar sig själv och inte behöver betala för det och även för kommunen.

Deltagare Fyrbodal

Flera ansåg att uppföljningen av omställningen behöver synliggöra i vilken utsträckning som dagens insatser skulle kunna ges som egenvård eller digitala lösningar istället. Exempel som gavs var läkemedelsautomater – istället för att personal kommer hem till personen för att påminna om att ta sina läkemedel, eller nattillsyn med kamera – istället för att personal åker hem till personen för att kontrollera att hen sover i sin säng.

Alla människor ska själva kunna klara det första med egenvård. Kan man inte det kan man få kanske något hjälpmedel. Och i tredje hand så får du en insats

ifrån vården. Så att om man skulle kunna följa det. Hur mycket sådana här, den typen av understödande hjälpmedel, så att du faktiskt är självständig?

Deltagare Göteborgsregionen

Enligt den länsgemensamma färdplanen för omställningen till god och nära vård ska egenvården öka. Flera grupper diskuterade egenvård och vad mer egenvård innebär i praktiken för olika verksamheter. I diskussionerna framkom att deltagarna har olika syn på vad egenvård är. Deltagare från kommunerna framhöll att de ser en ökning av antalet egenvårdsintyg och att det innebär att omsorgspersonal i kommunen behöver bistå med handräckning kring olika insatser. En ökning av denna typ av egenvård medför alltså att kommunen ska utföra fler uppgifter vilket leder till ökade kostnader för dem. Deltagare från Västra Götalandsregionen beskrev istället egenvård som det som en individ kan göra själv för att hantera lindrigare hälsobesvär utan att behöva uppsöka vården, till exempel vila, ta paracetamol och dricka extra mycket vid en förkylning med feber. Ur regionens perspektiv innebär mer egenvård alltså i första hand ett minskat behov av att ge regionfinansierad vård och lägre kostnader.

Några deltagare menade att det varierar stort från en vårdgivare till en annan i vilken utsträckning som egenvårdsintyg utfärdas. Dessa personer ansåg att det är viktigt att följa antalet egenvårdsintyg och var de utfärdas så att vården kan utvecklas till att bli mer jämlik i länet. De menade också att det idag mest är slumpen som avgör om någon får ett egenvårdsintyg eller inte.

En patient kan ha träffat en fysioterapeut som skriver intyg på gåträning fem dagar i veckan. Men många skulle behöva det men har inte fått träffa en fysioterapeut som gjort bedömningen. Och då kan vissa få jättemycket stöd och insatser medan de flesta får promenad en gång i veckan eftersom det bedömts vara en skälig nivå i kommunen.

Deltagare Göteborgsregionen

Ett par deltagare påpekade också att det inte räcker att bara följa antalet utfärdade egenvårdsintyg utan att man också behöver följa kvaliteten på intygen och i vilken utsträckning som patienten varit delaktig i beslutet om att insatsen ska utföras som egenvård. Enligt deras erfarenhet finns ofta brister i egenvårdsintygen som äventyrar patientsäkerheten och många patienter har aldrig informerats om att ett egenvårdsintyg utfärdats.

Oftast vet ju faktiskt inte den enskilde om dem [egenvårdsbesluten] heller, utan det är någonting som går mellan handläggare och vårdpersonal, vilket inte heller blir så bra. De är inte delaktiga ... hur har man då kunnat bedöma att personen i fråga kan ta eget ansvar? Och för vilka delar kan personen ansvara? Om inte personen har varit med i processen?

Deltagare Fyrbodalsregionen

Kompetensförsörjning – en förutsättning för en god och nära vård

Ett annat genomgående tema i gruppdiskussionerna och i noteringarna på post-it-lapparna var kompetensförsörjning. Adekvat kompetens lyftes som en förutsättning för att lyckas med omställningen till god och nära vård. Därför är det viktigt att följa vilken kompetensnivå som finns i olika verksamheter. Flera framförde också att antalet vårdskador och avvikelser behöver följas när vård flyttas från sjukhusen till andra vårdnivåer där utbildningsnivån är lägre än på sjukhusen. Några föreslog att mål skulle behöva sättas för lägsta kompetensnivå i olika verksamheter så att det finns något att följa upp mot och sträva efter.

Det är ungefär som vi pratar om på vår verksamhet, kirurgi, att vad är lägsta nivån för en sjuksköterska på en vårdavdelning? De äldre patienterna blir förstoppade och så får de ligga med det ganska länge och så kommer de in till sjukhuset och behöver ta en vårdplats för en sådan sak som skulle kunna ha lösts redan på boendet till exempel. Så det är ju lite också utbildning. Vad är lägsta nivån för en undersköterska eller sjuksköterska på ett boende?

Deltagare Västra Götalandsregionen

Kompetensförsörjning är en utmaning i omställningen

Många deltagare betonade att de ser kompetensförsörjningen som en stor utmaning i omställningen. Flera menade att förflyttningen från sluten vård till mer öppen vård och vård i hemmet påbörjats utan att motsvarande förflyttning gjorts avseende personalens kompetens.

För vi kan ju inte börja i andra änden, flytta ut patienten utan att det finns kompetens.

Deltagare Västra Götalandsregionen

Flera deltagare från kommunerna uttryckte en oro för att det är svårt att rekrytera personal med adekvat kompetens och att man ser att utbildningsnivån hos personalen sjunker trots att det finns ett ökande behov av personal med högre utbildning.

Vi ser ju att antalet undersköterskor sjunker och samtidigt så ska vi ha mer avancerad vård i hemmet. När man jobbar i hemsjukvården så upplever man att man får instruera och förklara mycket mer. Man kan inte delegera eller ordinera och lämna över lika mycket till hemtjänsten som man har kunnat tidigare.

Deltagare Boråsregionen

Bristande kunskap om andra vårdgivare

Flera deltagare från kommunerna påpekade att de upplever att personer anställda i Västra Götalandsregionen inte alltid förstår hur den kommunala

vården och omsorgen är bemannad och vilken kompetens som personal i kommunen har.

Det är ju en ganska vanlig missuppfattning i vår dialog med regionen. De tror att hälso- och sjukvårdsinsatserna utförs av sjuksköterskor. Och varje gång vi säger att, men vet ni, det är liksom inte sjuksköterskor som åker ut i hemtjänsten utan det är i bästa fall undersköterskor med delegation.

Deltagare Göteborgsregionen

Deltagare verksamma i kommunernas LSS-verksamheter betonade särskilt starkt att det finns missuppfattningar i regionen om hälso- och sjukvårdskompetensen i kommunen.

På LSS-boenden är man ju inte rustad på samma sätt som på korttidsverksamheten eller på ett SÄBO som har fler undersköterskor och lite närmare struktur med sjuksköterskorna. Men inom LSS-området är det ju väldigt snabba boliner emellanåt där man får verkligen säga stopp, vi har inte den här kompetensen just nu.

Deltagare Göteborgsregionen

Några deltagare framhöll att det är stor skillnad på personalens kompetensnivå i kommunen mellan dag och natt liksom vardagar och helger och att kommunen i framtiden kanske behöver organisera sig på ett annat sätt för att kunna möta mer komplexa vårdbehov hos patienterna.

På helger och kvällar är det få sjuksköterskor i tjänst. Och man kan inte lägga alla insatser på ett vårdbiträde, undersköterska eller så, om det ska vara kvalitetssäker vård.

Deltagare Göteborgsregionen

Bland post-it-lapparna fanns till exempel förslag på att följa andelen sjuksköterskor och undersköterskor med en specialistutbildning samt andelen personer i kommunal primärvård som utför delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser och som har en undersköterskeutbildning. Andra noteringar handlade om att detta även behöver följas över tid för att se skillnader mellan vardagar, helger och kvällar.

System för kompetensöverföring behöver utvecklas

Flera deltagare pratade om att det måste finnas förutsättningar för kompetensöverföring mellan olika verksamheter och vårdnivåer. Det kommer inte vara möjligt för hemtjänstens personal att ha samma kunskap som personalen på en vårdavdelning på sjukhuset. En lösning är i stället att olika vårdaktörer är tillgängliga för varandra för vägledning och handledning och att sådana strukturer borde skapas och följas upp. Några påpekade dock att kompetensöverföringen försvåras av att olika personalkategorier befinner sig

på olika platser geografiskt och sällan träffas fysiskt tillsammans hos patienten.

Några deltagare framförde också att det kanske inte alltid är kompetensbrist som är problemet utan att det snarare handlar om bristande kunskap om varandras verksamheter och att man inte är tillgänglig för varandra för att på bästa sätt kunna möta patientens behov.

Vi pratar mycket om att vi ska kompetenshöja oss. Men ibland handlar det faktiskt om att lyssna på varandra. Vem ansvarar för, vad gör den ene och den andre? Att lära av varandra. För då innebär ju det att vi skapar trygghet för dem vi möter när vi kan presentera att du kommer få det jättebra när du kommer i kontakt med nästa person.

Deltagare Fyrbodals

Digitalisering kräver ny kompetens

Ett par deltagare betonade att en ökad digitalisering av vården kommer att kräva nya kompetenser som inte finns i vården idag. Digital kompetens i relation till införda tekniklösningar behöver därför följs upp i en läns-gemensam uppföljningsmodell av omställningen.

Om vi ska ställa om till välfärdsteknik, precis som jag märker ofta, så då krävs det ju en annan organisation runt. Då kan vi inte ha undersköterskor som jobbar med omvårdnad. Då behöver vi ha personer som kan hantera tekniska produkter och det är en helt annan kompetens.

Deltagare Göteborgsregionen

Flera post-it-lappar innehöll noteringar om behovet av att följa upp antal digitala besök, användning av välfärdsteknik och egenmonitorering hos de olika huvudmännen. Deltagarna poängterade också att det finns ett behov av att undersöka hur digitaliseringen fungerar i praktiken och hur digitala lösningar påverkar patients vård.

Förebyggande arbete – höga förväntningar men svaga incitament

Under gruppdiskussionerna betonades att det förebyggande arbetet är avgörande för att kunna realisera omställningens mål – men flera deltagare påpekade att det är svårt att skapa långsiktighet i praktiken. Den regionala och kommunala primärvården styrs i hög grad av ekonomiska incitament som främjar reaktiva snarare än proaktiva insatser. Andra styrmodeller skulle behöva införas och tydliga mål sättas som är möjliga att följa upp för att få till stånd mer förebyggande och hälsofrämjande arbete i praktiken, som exempelvis tidiga hälsosamtal och systematisk uppföljning av äldre med ökande vårdbehov (även innan kommunala insatser är aktuella).

Några deltagare pratade om att sjukhusen i länet har gjort särskilda satsningar på att följa upp mångbesökare på akutmottagningar för att se om insatser och stöd skulle kunna sättas in för att förhindra detta. De föreslog att liknande satsningar borde ske bland mångsökare på vårdcentraler och bland de som larmar eller ringer ofta till kommunen och att antalet mångbesökare i olika verksamheter borde följas som ett mått på förebyggande insatser.

Trots att deltagarna var överens om betydelsen av att identifiera risker och sjukdomar tidigt – som undernäring, risk för fall eller begynnande demenssjukdom – sker många av dessa bedömningar först när problematiken redan uppstått och lett till omfattande vårdbehov.

Jag pratade med en vårdcentral igår om hur vi kan stärka upp det förebyggande arbetet. [...] Men man ser ju inte incitamenten för det.

Deltagare Fyrbodol

Förebyggande insatser behöver följas för olika målgrupper

Flera deltagare påpekade att uppföljning av hälsofrämjande och förebyggande insatser behöver göras för många målgrupper – barn och unga, nyblivna föräldrar och personer med funktionsnedsättning eller missbruk. När det gäller barn och unga fanns noteringar på flera post-it-lappar om att följa upp tidiga och samordnade insatser och behörighet till gymnasiet. Andelen med gymnasieexamen kan också vara ett sätt att spegla stödinsatsers effektivitet och ungas psykiska hälsa. Inom området funktionsstöd föreslogs till exempel att följa upp antal årskontroller bland personer som bor i bostad med särskild service (BMSS) som ett mått på kvaliteten i det förebyggande arbetet.

Flera inlägg rörde begreppet folkhälsa i stort. Här efterfrågades indikatorer som fångar livsstilsfaktorer som kost, fysisk aktivitet, alkohol- och drogvvanor och utbildningsnivå men också självskattad hälsa och upplevt välbefinnande och livskvalitet bland länets invånare. Många betonade att hälsoskillnaderna mellan kommunerna i länet är stora och att det därför är viktigt att ta fram mått på kommunnivå och inte bara på länsnivå då det blir för ospecifikt.

Många betonade att förebyggande och hälsofrämjande insatser kan skjuta upp behovet av mer omfattande vård- och omsorgsinsatser och att det därför är angeläget att följa upp dessa insatser för att få kunskap om vad som ger effekt. Deltagarna ansåg genomgående att de indikatorer och mått som används idag för att följa upp det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i relation till omställningen är för snäva då de ensidigt fokuserar på fallskador bland äldre. Många ansåg att fallskador är viktiga att följa men att mått relaterade till fallskador är trubbiga. Det finns många orsaker till fallskador och mått som bara visar på antal skador ger inte tillräcklig information för att kunna avgöra vilka förebyggande åtgärder som är relevanta att vidta i enskilda

verksamheter. Flera post-it-lappar innehöll noteringar om att kommunernas förebyggande arbete riktat till äldre, exempelvis genom äldrecoacher, fixartjänster och hälsosamtal också behöver följas.

Flera grupper diskuterade behovet av att samhället byggs och utformas på sätt som minskar risken för ohälsa och som underlättar kvarboende i det egna hemmet vid ohälsa och funktionsnedsättning. Tillgängliga boendemiljöer skulle därför behöva följas upp på något sätt i en länsgemensam uppföljningsmodell av omställningen.

Vi har många äldre som fortfarande har utedass. De eldar med ved. Man har inte en hemmiljö som funkar ihop med att vårdas i hemmet. Så vi behöver jobba förebyggande för att se hur ska du planera för ditt åldrande så att du kan få vård i hemmet.

Deltagare Fyrbodal

Patienter behöver kunna ta större ansvar för sin egen hälsa

Att öka invånares digitala kompetens för att möjliggöra digitala vårdlösningar och egenmonitorering lyftes också som en viktig pusselbit i omställningen. Förbättrad hälsolitteracitet och kunskap om hur man själv kan hantera lättare hälsobesvär på egen hand utan kontakt med vården betonades liksom någon form av uppföljning av dessa perspektiv.

Vi behöver ju också som invånare och patienter själva ta mer ansvar för vår egen vård så att vården kan prioritera de som inte klarar av det. Det tänker jag är en jättestor del i omställningen och där behöver vi ju, det är något slags kulturarbete som alla vi som invånare behöver göra och inte alltid tänka att man behöver ha ett vårdbesök.

Deltagare Västra Götalandsregionen

Samtidigt var det flera deltagare som betonade att förebyggande och hälsofrämjande insatser inte kan förhindra all ohälsa. Alla människor kommer någon gång att dö och de flesta kommer behöva vård och omsorg den sista tiden i livet. Några deltagare framförde att diskursen kring omställningen präglas av en övertro på i vilken utsträckning som förebyggande och hälsofrämjande insatser kan förebygga ohälsa och minska behov av vård.

6 Hälsolitteracitet (från engelskans "health literacy") syftar på en individs förmåga att förstå, använda och värdera hälsoinformation för att fatta medvetna beslut om sin hälsa. Det handlar om att kunna få tag på, förstå och tillämpa kunskap om hälsa för att förbättra och bibehålla sin hälsa.

Hur vi än jobbar så kommer det [sjukdom] alltid att finnas. Precis som att vi har svårt somatiska äldre. Det är inget konstigt.

Deltagare Fyrbodals

Vårdkvalitet – ett begrepp med många perspektiv

Ett syfte med workshopparna var ju att identifiera vad politiker, chefer, tjänstepersoner samt vård- och omsorgspersonal behöver veta för att kunna följa omställningen till god och nära vård ur ett kvalitetsperspektiv. Diskussionerna om kvalitet i grupperna kretsade initialt kring behovet av att definiera vad som avses med kvalitet eftersom det inte går att mäta kvalitet om man inte först enats om vad det innebär. Är det till exempel patientens upplevelse, tillgänglighet, bemanningstäthet, kontinuitet, hälsoutfall, patientsäkerhet eller något annat?

Flera deltagare uttryckte att kopplingen mellan kvalitetsuppföljning och ekonomisk styrning behöver stärkas och att kvalitet och kostnader behöver följas upp parallellt, vilket ligger i linje med intentionerna i den läns gemensamma färdplanen. Många framhöll att det är viktigt att följa upp kvalitet genom att undersöka i vilken utsträckning som vården verkligen utgår från patientens behov.

Lyckas vi ha personen i fokus och kan vi samordna oss utifrån de behoven eller är vi fortfarande kvar i våra stuprör där vi skickar personen emellan? Det vill man ju verkligen mäta.

Deltagare Boråsregionen

Några föreslog att kvaliteten på vården och omsorgen skulle kunna följas genom att mäta användningen av validerade bedömningsinstrument och metoder, som exempelvis Fysisk aktivitet på recept (FAR), ViSam och Clinical Frailty Score (CFS) för att skatta skörhet hos äldre personer.

Personcentrering är en viktig del av vårdens kvalitet

Gruppdiskussionerna kretsade också kring vikten av att följa upp om vården är personcentrerad ur patientens perspektiv. I den läns gemensamma

7 ViSam är ett evidensbaserat beslutsstöd för sjuksköterskor, primärt inom kommunal primärvård, som används vid bedömning av patienters försämrade hälsotillstånd. Verktöget, som är baserat på vitalparametrar och observationer, hjälper till att avgöra optimal vårdnivå och samverkan mellan kommun och region för att säkerställa en sammanhållen vård (Örebro län, 2025).

färdplanen (2022, sidan 9) definieras personcentrering som ett arbetssätt som "... syftar till att patienten är en medskapare i sin vård utifrån sina behov, erfarenheter och resurser. En patient får inte objektifieras till en sjuk kropp, ett tillstånd eller en diagnos. Arbetssättet innebär att utgångspunkten är den enskildes egna resurser och målsättningar med insatserna." Av diskussionerna framgick emellertid att det var oklart vad deltagarna egentligen avsåg med personcentrering. Personcentrering användes ofta synonymt med begrepp som delaktighet, trygghet, kontinuitet och förtroende. Flera menade också att det går att mäta hur personcentrerad vården är genom att mäta hur nöjd patienten är.

Ur ett personcentreringsperspektiv ansåg flera att det behöver utvecklas bättre metoder för att följa upp hur väl vården är anpassad till individens behov med fokus på bland annat delaktighet, trygghet och kontinuitet. Ett exempel från post-it-lapparna var att följa upplevelsen av besök från mobila akutläkarteam (så kallade MALT-team). Indikatorer kring fast vård- och omsorgskontakt nämndes återkommande, liksom patientens kännedom om sin egen vårdplan.

Flera påpekade att det saknas mått som belyser om den sammantagna vården som patienten får är personcentrerad. Några framförde kritik mot de mätningar som görs idag av patienters upplevelser och menade att de innehåller fel frågor och att det tar för lång tid från olika undersökningar tills dess att resultaten presenteras. Det gör att mätningarna inte blir användbara för kvalitetsutveckling och styrning.

Ett möjligt problem med den nationella patientenkäten är väl att man bedömer det sista besöket man har varit på. Och egentligen skulle man vilja ha en bedömning av mer en vårdprocess eller ett längre perspektiv.

Deltagare Västra Götalandsregionen

Flera deltagare från kommunerna framförde också att det idag inte görs någon nationell uppföljning av vad patienter tycker om den kommunala primärvården. Några nämnde Göteborgsregionens årliga enkät till patienter som får insatser i kommunal primärvård som ett gott exempel och att den enkäten borde användas i hela länet.

Flera politiker föreslog att patienter skulle ges möjlighet att svara på frågan hur nöjda de är med varje vårdmöte, liknande systemet med glad och sur gubbe som finns vid utgången från många butiker numera. Några deltagare betonade att det är viktigt att bara göra det som är värdeskapande för patienten och att sluta göra det som patienten inte vill ha.

Skulle det vara intressant att ha någon form av nyckeltal som visar på behovet gentemot vad man faktiskt har möjlighet att ge patienten?

Deltagare Boråsregionen

Andra var dock kritiska till att hela tiden mäta nöjdhet eftersom det kan leda till orimliga krav och förväntningar på vården och vad den ska åstadkomma. Det kan också medföra att vårdpersonal känner sig tvingade att göra patienten till lags även om det som patienten vill inte är det bästa behandlingsalternativet baserat på rådande evidens. Några påpekade att en viktig del i omställningen till god och nära vård därför är att informera invånare om vad vården och omsorgen kan och inte kan göra för att skapa rimliga förväntningar.

Det är faktiskt också så ibland att vi kanske måste sänka förväntningar.

Deltagare Västra Götalandsregionen

Olika verksamheter behöver följas med olika kvalitetsmått

Diskussionerna handlade också om att möjligheterna att mäta utfall och kvalitet ser olika ut i regioner och kommuner.

Hur kan man mäta kvalitet på ett vårdboende eller i hemtjänsten? Det krävs andra sätt att mäta än utfall som används på sjukhus.

Deltagare Fyrbodal

Flera menade att utfall behöver mätas på nya sätt när det gäller omställningen till god och nära vård. En person föreslog att man i en länsgemensam uppföljningsmodell mäter hur många gånger som patienter söker för samma besvär innan de upplever att de har fått hjälp. Andra betonade att patienter inte alltid förstår varför de mår dåligt. Många lider till exempel av ensamhet, men söker för somatiska besvär. Här behöver vården bli bättre på att lyssna in patienten och vid behov slussa vidare till andra aktörer som är bättre rustade att möta patientens behov.

Jag tror säkert att det är så att en hel del av de som bor på särskilt boende idag inte hade behövt gjort det om vi hade haft mer av den formen med mötesplatser och någonstans att gå och äta tillsammans med någon annan.

Deltagare Fyrbodal

Flera menade att man behöver gå ifrån att mäta effekter av enskilda insatser, som resultatet av en operation, till långsiktiga effekter på folkhälsan.

Vi behöver mäta resultat på något annat sätt. Vad har vi för folkhälsa? Ser vi att vi lever längre, blir friskare? Att det sker en förändring i förorten och i stan och överallt?

Deltagare Västra Götalandsregionen

Många deltagare från kommunerna hade svårt att se hur kvalitet kan följas upp i kommunal primärvård över huvud taget. Andra deltagare från kommunen föreslog att man i en länsgemensam uppföljning borde använda data från kvalitetsregistret Senior Alert för att följa munhälsa, trycksår, nutrition, fall och blåsdysfunktion. Flera ansåg också att antal läkemedelsgenomgångar borde ingå i en länsgemensam uppföljningsmodell. Några påtalade även att man bör sätta länsgemensamma mål för insatser där det finns evidens för att de har en positiv effekt, och som minskar behovet av vård. Av samma skäl fanns det deltagare som poängterade att man inte ska mäta och sätta fokus på insatser som saknar evidens.

Kvalitet behöver följas ur ett patientsäkerhetsperspektiv

Flera grupper diskuterade kvalitet ur ett patientsäkerhetsperspektiv och menade att det är centralt att följa upp om antalet vårdskador och avvikelser i samverkan ökar när vården flyttas från slutenvård till öppen vård, mer vård i hemmet och egenvård. Några deltagare lyfte exempel på patientsäkerhetsrisker som finns idag i vårdens övergångar och som skulle behöva åtgärdas och följas upp för att uppnå en mer effektiv och säker vård.

När patienter har varit på SÄS till exempel, så är det väldigt mycket tid som behöver läggas på att säkerställa att läkemedelshanteringen ska stämma. Är det trygg vård eller nära vård? Det ska inte finnas några oklarheter. Det ska vara färdigt. Den kommunala hemsjukvården ska inte behöva jaga för att få rätt läkemedelsordinationer.

Deltagare Boråsregionen

Tillgänglighet kan också vara mått på kvalitet

Flera deltagare ansåg att olika mått på tillgänglighet kan utgöra ett sätt att följa kvaliteten på vården. Det kan till exempel handla om att följa väntetider i vården. Men många betonade också att tillgänglighet kan vara svårämne och betyda många olika saker, till exempel hur snabbt patienten kan få vård, hur långt det är till närmaste vårdcentral eller i vilken utsträckning som digitala besök erbjuds.

Är tillgänglighet att det alltid finns någon där när jag kliver in på vårdcentralen eller är det tillgänglighet att jag alltid får en tid eller är tillgänglighet att jag får det jag vill?

Deltagare Göteborgsregionen

Flera deltagare betonade vikten av att följa upp tillgängligheten till läkare på vårdcentralerna eftersom detta ansågs vara en viktig faktor för att minska onödiga besök på akuten och onödiga inskrivningar i slutenvården. För att följa tillgängligheten föreslogs indikatorer som antal läkarbesök i ordinärt och

särskilt boende samt antal besök från mobila team, exempelvis genom koncept som ”sjukhus hemma”.

Flera betonade att vissa tillgänglighetsmål som ställts upp i Västra Götalands län har medfört att verksamheterna fokuserar på att nå dessa, men att tillgänglighet till annan vård som inte följs upp därmed riskerar att försämrans.

Det kan ju vara jätteviktigt med ett första besök men det kan vara lika viktigt med ett återbesök för en kontroll som hela tiden får stå tillbaka bara för att man ska få in första besöken inom vårdgarantin.

Deltagare Västra Götalandsregionen

I den läns gemensamma planen för god och nära vård betonas att vården ska bli mer tillgänglig, bland annat genom digitalisering. Flera framhöll att det behövs mer kunskap om vad patienterna tycker om olika digitala lösningar och i vilken utsträckning som digitalisering faktiskt innebär en effektivisering.

Tillgänglighet, då pratar man om digitalisering ofta. Och det är väl en jättebra lösning, men det är så lätt att man ibland mäter fel saker i det läget. Att man erbjuder det här och det här. Digital tillsyn eller vad som helst, digitala möten och allting. Och frågan är, gör man det för att man ska vara tillgänglig eller gör man det för att det är enklare för utföraren att göra det?

Deltagare Göteborgsregionen

Andra poängterade att det idag redan finns evidens för att vissa digitala lösningar sparar arbetstid och leder till mer patientsäker vård, och att antalet sådana lösningar behöver följas i en läns gemensam modell. Det gäller till exempel sådant som läkemedelsautomater, natttillsyn med kamera, egenmonitorering av blodtryck, digitala lås i hemtjänsten och digitala signeringsystem.

Samverkan med förhinder

I den läns gemensamma färdplanen för omställningen till god och nära vård betonas att en förflyttning ska ske mot ökad tillit och kontinuitet samt stark samverkan och samordning mellan olika vårdgivare. Flera betonade under gruppdiskussionerna att en väl fungerande samverkan mellan olika vårdgivare är avgörande för att säkerställa en sömlös vårdkedja och för att patienten ska få en trygg, säker och effektiv vård. Många ansåg att samverkan på övergripande ledningsnivå oftast fungerar väl, men att problem uppstår i det mer patientnära arbetet. Deltagarna vittnade om att dagens ekonomiska styrsystem och slimmade organisationer motverkar samarbete och i det närmaste tvingar vård- och omsorgspersonal att ständigt bevaka sina verksamhetsgränser.

Alla vårdinstanser tycker på något sätt att de har så mycket att göra och har en utmaning i prioritering. Det kanske är ett inspel att vi måste tänka mer på

hela vårt system. Att det kanske är där vi går fel. Att vi bara tittar på det enskilda.

Deltagare Västra Götalandsregionen

Det vanligaste förslaget på hur samverkan kan följas upp var att mäta antalet samordnade individuella planer (SIP) och kvaliteten på dessa. Antal vårdtygn som utskrivningsklara patienter är kvar på sjukhus lyftes också. Flera efterfrågar indikatorer som fångar hur väl olika parter samverkar vid vård i hemmet, till exempel i vårdmodeller som ”sjukhus hemma” eller virtuella vårdenheter. Många föreslog också att avvikelser i samverkan och fel i läkemedelsordinationer följs upp som ett mått på samverkan. Några påpekade även att det finns behov av en sammanhållen analys av hur samverkan fungerar. Idag fångas brister i samverkan inte upp på ett tillräckligt strukturerat sätt vilket gör det svårt att förbättra samordningen.

Befintliga verksamhetssystem försvårar samverkan

Flera deltagare beskrev också hur befintliga verksamhetssystem försvårar samverkan.

Vi kanske har sömlöshet mellan människorna, men det finns inte mellan systemen [...] Finns det sätt att följa upp där vi kan se att vi på något sätt har system som stödjer oss? Vi som jobbar på samma arbetsplats kan inte ens läsa varandras system. Det finns så mycket tekniska utmaningar.

Deltagare Göteborgsregionen

Många klagade också på att verksamhetssystemen har en tendens att styra hur man organiserar arbetet och utför sina arbetsuppgifter snarare än tvärtom.

Idag har vi ju att vi måste bevaka SAMSA tre gånger om dagen, är det väl, va? Istället för att vi får signaler om att nu har nåt kommit på din listade vårdcentral på den här patienten eller nu har det kommit nån här som kommunen måste titta på. Istället ska vi avsätta administrativa resurser som bevakar ett system.

Deltagare Göteborgsregionen

Några deltagare föreslog att en länsgemensam uppföljningsmodell av omställningen ska innehålla en del där man mäter vård- och omsorgspersonalens syn på hur samverkan fungerar så att diskussioner och förbättringsarbete inte bara stannar på övergripande ledningsnivå.

Vi behöver identifiera när gränsdragning mellan huvudmän hindrar möjlighet till samhällsnytta.

Deltagare Skaraborgsregionen

Många parter komplicerar samverkan

Flera deltagare från kommunerna betonade att samverkan blir mer komplicerad ju fler aktörer som är involverade. Här nämndes barn med funktionsnedsättning och psykiatripatienter som särskilt utmanande patientgrupper att samarbeta kring då de ofta har många vårdkontakter. Att mäta antal vårdkontakter per patient föreslogs därför som ett viktigt mått att följa i en länsgemensam uppföljningsmodell av omställningen.

Några framhöll att psykiatripatienter oftare än andra patientgrupper är missnöjda med sina vårdkontakter och att de ofta byter vårdgivare av den anledningen, vilket leder till kontinuitets- och samordningsproblem. En del av dessa patienter samtycker inte heller till att olika vårdgivare får ta del av varandras dokumentation vilket blir ytterligare ett hinder för en fungerande samverkan.

Samtycke kanske man skulle följa. Hur jobbar vi med det? Jag ser det som ett problem med god och nära vård om man inte kan läsa varandras dokumentation.

Deltagare Göteborgsregionen

Ett par deltagare från kommunerna beskrev också att samverkan ofta är komplicerad kring personer som inte är inskrivna i den kommunala primärvården utan bara har hemtjänst eftersom hemtjänsten inte har tillgång till systemet SAMSA för kommunikation mellan huvudmännen. Hemtjänsten har inte heller några direktnummer till personal på vårdcentralen utan måste ställa sig i samma telefonkö som patienterna.

Jag som jobbar i hemtjänsten ser ju att allt fler inte är inskrivna i hemsjukvården längre utan man har, det är ju vårdcentralen som är den huvudmannen. Och där har vi en utmaning utifrån att vi har så många vårdcentraler.

Deltagare Boråsregionen

Läkarmedverkan i den kommunala primärvården behövs

Flera deltagare betonade att en god samverkan mellan primärvårdens läkare och den kommunala primärvården är helt avgörande för att uppnå målen med omställningen där slutenvården ska minska och fler patienter ska vårdas i hemmet istället. Att följa upp läkarmedverkan i den kommunala primärvården föreslogs därför utgöra en del i en länsgemensam uppföljningsmodell av omställningen.

Möjlighet att träffa läkare vid behov i särskilt boende. Den borde väl vara jätteviktig för det handlar väl om att patienterna inte ska åka in till akuten, våra sköra äldre, utan vi faktiskt ska möta upp hemma.

Deltagare Västra Götalandsregionen

Primärvården är inte navet i omställningen

Flera deltagare betonade att de upplever att samverkan mellan slutenvården och den kommunala primärvården oftast fungerar väl, men att samverkan mellan slutenvården och den regionala primärvården liksom mellan den regionala och kommunala primärvården fungerar sämre.

Och något som också kommer upp helt tiden är ju skavet mellan vårdcentraler och specialistvården. Hur patienter bOLLAS fram och tillbaka.

Deltagare Västra Götalandsregionen

Många beskrev också att de upplever att den regionala och kommunala primärvården inte utgör det nav i omställningen som betonas i såväl den läns-gemensamma färdplanen som i de nationella utredningar som ligger till grund för omställningen. Några framförde att målen med omställningen till god och nära vård aldrig kommer att uppnås om inte den regionala och kommunala primärvården krokar arm och samarbetar betydligt tätare än idag. Flera menade också att den regionala primärvården ibland förefaller glömmas bort i olika samsarbetsinitiativ och att fokus mer ligger på samverkan mellan slutenvården och kommunen.

På Mölndals sjukhus på ortopedien hade man kollat lite på hur många som sökte där och om de var kända av kommunen. Och då var det kommunen man pratade om. Så man pratade inte om vårdcentralen ... de kanske kan få stöd av sin vårdcentral. Och kanske något förebyggande.

Deltagare Göteborgsregionen

Teamarbete är en förutsättning för en samordnad vård

Några deltagare betonade att teamarbete över professionsgränser är nödvändigt för att uppnå en samordnad, god och nära vård och att teamarbete därför borde stimuleras och följas upp på något sätt. Förutsättningarna för teamsamverkan ser dock väldigt olika ut i olika delar av vårdssystemet och kan bli mycket komplex när olika team ska ge vård i hemmet.

Om man tänker skillnaden från sjukhus där man kanske har en naturlig del, man har ronder, man träffas, det finns en struktur. Nu så ska vi samverka kanske fem, sex olika yrkeskategorier från olika huvudmän i hemmet. Hur tänker man att det ska gå till utifrån ett kostnadsperspektiv?

Deltagare Göteborgsregionen

Uppföljningen av SIP behöver utvecklas

Många deltagare ansåg att ett av få sätt som samverkan och samordning följs upp idag är via antal registrerade samordnade individuella planer (SIP). Flera

menade dock att antal SIP är ett trubbigt mått på samverkan och att kvaliteten på SIP också skulle behöva följas. Någon föreslog att förmöten mellan professionella behövs för att stärka samverkan och för att patientens behov ska vara i fokus på SIP-mötet. Risken är annars att SIP-mötet ”... bara handlar om vem som ska ha ansvar för vad och att patienten upplever att mötet bara är en förhandling om vem som ska ta kostnaden”, som en deltagare uttryckte det. En annan idé var att även att följa vilka verksamheter och yrkesgrupper som tar initiativ till en SIP för att identifiera eventuella ojämlikheter i samarbetet kring SIP.



5. Analys och slutsatser

I förra kapitlet redovisade vi resultat av kartläggningen av vad personer i Västra Götalandsregionen och länets kommuner vill veta för att kunna följa omställningen till god och nära vård. I detta kapitel analyserar och diskuterar vi resultatet av kartläggningen. I linje med projektplanen för denna förstudie resonerar vi om vad som är möjligt att följa upp idag baserat på befintliga data. Vi ger också förslag på nya mätningar och datainsamlingsmetoder som skulle behöva utvecklas

Deltagarna är osäkra på vad omställningen innebär

Många deltagare beskrev en osäkerhet kring vad omställningen egentligen innebär och att det finns delvis motstridiga målbilder kring vad omställningen ska leda till. Flera påtalade att de uppfattar att den länsgemensamma färdplanen inte ger tillräckligt stöd för att fatta beslut om vad man ska göra för att uppnå en god och nära vård. De ansåg att förflyttningarna som ska ske enligt färdplanen kan tolkas på flera sätt. Innebär till exempel förflyttningen från slutenvård till öppen vård att antalet slutenvårdsplatser ska minska eller att antalet besök i den regionala primärvården ska öka, både och, eller något helt annat? Särskilt komplex blir tolkningen av denna målsättning i ljuset av regeringens satsning på att öka antalet vårdplatser i slutenvården. De har gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser (S2023/00679). Socialstyrelsen ska också fördela och följa upp prestationsbaserade medel till regionerna i syfte att öka antalet disponibla vårdplatser (S2023/00680 samt S2024/00483).

Deltagarna beskrev sig sällan som aktiva parter i omställningen utan såg snarare omställningen som något som andra gör, som man känner sig ”drabbad av” och en förändring som man försöker hantera snarare än driva. Osäkerheten kring målen med omställningen och vad som ska göras för att nå dessa leder till att det blir svårt att precisera vad man behöver veta och vad som ska mätas i en länsgemensam uppföljningsmodell. Om man inte vet vad som ska följas upp går det ju inte heller att precisera hur det ska göras.

I gruppdiskussionerna framkom också att många känner sig osäkra på om de arbetssätt som beskrivs i färdplanen verkligen leder till en god och nära vård som både är det bästa för brukaren eller patienten och som även är det bästa sättet att använda skattemedel på ur ett samhälls- och invånarperspektiv. Exempel på arbetssätt som deltagarna uttryckte en osäkerhet kring var bland annat SIP, egenvård, mobila team och vissa former av digitalisering.

Omställningen till god och nära vård bygger på ett antal grundantaganden för vilka det vetenskapliga stödet är osäkert eller visar på motstridiga resultat. Detta bidrar till att många ifrågasätter de arbetssätt som ska bidra till att nå

målen med omställningen. Ett sådant antagande är att det är samhällsekonomiskt lönsamt att ge vård så långt ut i vårdkedja som möjligt samtidigt som det är det bästa för patienten. Särskilt fördelaktig antas vård i patientens hem vara. I slutbetänkandet av utredningen om god och nära vård står att ”Det är inte per definition så att insatser i öppen vård är billigare än insatser i slutna vård. Motivet att ställa om hälso- och sjukvårdssystemet till att utformas nära patienten bör därför inte vara att minska kostnaden för den enskilda insatsen, utan snarare det mervärde som uppstår för patienten i och med personcentreringen. De minskade kostnaderna uppnås på systemnivå i hälso- och sjukvården, därmed påverkande hela samhällsekonomin. Effekterna behöver dock inte uppstå i samma del av systemet som där olika typer av investeringar görs.”

Studier från andra europeiska länder visar på motstridiga samhällsekonomiska vinster av reformer som syftat till att flytta vård från sjukhus ut till primärvården (se till exempel Winnepenny et al., 2016). Vi vill samtidigt påpeka att resultat från andra länder inte nödvändigtvis kan översättas till en svensk kontext eftersom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet skiljer sig åt från andra länders. Idag saknas det välgjorda studier som jämför kostnader och utfall för vård av patienter med likartade hälsoproblem i olika organisationsformer i Sverige. En sådan studie pågår just nu i forskningsprojektet ACHIEVE där resultat förväntas presenteras under 2027 (ACHIEVE, 2025). Fler studier behövs dock som undersöker var och hur det är bäst att ge vård i Sverige både ur ett samhällsekonomiskt perspektiv och ur ett patientperspektiv.

Ett annat grundantagande i omställningen till god och nära vård är att mer hälsofrämjande och förebyggande insatser på sikt kommer att leda till minskade vårdbehov hos befolkningen. I SOU 2020:19 beskrivs till exempel att ”genom att förebygga eller skjuta upp insjuknande i akuta eller kroniska sjukdomar, minska risken för återinsjuknande och skapa eller återskapa funktionsförmåga kan [...] begränsade gemensamma resursen användas mer effektivt” (sidan 113). Det finns omfattande belägg för att ohälsosamma levnadsvanor är förknippade med stora samhällskostnader och att hälsofrämjande och förebyggande insatser har en potential att bidra till att värna de offentliga resurserna. En studie uppskattar att rökning, övervikt, fetma, otillräcklig fysisk aktivitet och alkoholkonsumtion ledde till samhällsekonomiska kostnader på 40–55 miljarder kronor per år i Sverige under 2011–2021 (Bolin, 2024). Det finns dock stor osäkerhet i hur träffsäkra olika hälsofrämjande insatser är (Johansson et al., 2024). Dessutom uppkommer kostnader och vinster ofta vid olika tidpunkter och i olika delar av samhället, vilket förvärrar möjligheten att prioritera förebyggande insatser. I gruppdiskussionerna under workshopparna var det flera deltagare som påpekade att alla någon gång kommer att dö, oavsett hur hälsosamt personen

levt sitt liv, och att de flesta är i behov av vård och omsorg den sista tiden i livet. Stor del av denna vård och omsorg ges av kommunerna. Deltagare framförde att kommunerna därmed kan ha svårare att dra nytta av de eventuella kostnadsvinster som uppstår i samhället som helhet av förebyggande och hälsofrämjande insatser, men att nuvarande resursfördelningsmodell inte beaktar detta.

Brist på data är en utmaning

I den läns-gemensamma färdplanen för omställningen till god och nära vård betonas vikten av en stark samverkanskultur och tillit mellan huvudmännen. Diskussionerna på workshopporna kretsade i stor utsträckning kring att samverkan inte fungerar optimalt idag och många exempel på bristande tillit mellan olika aktörer lyftes. Symptomatiskt för detta var att många förslag på mått och indikatorer handlade om att få tillgång till information som gör att man kan bevaka de egna verksamhetsgränserna. Deltagarna saknar data som ger svar på hur omställningen påverkar verksamhetens kostnader och kompetensbehov samt vårdtyngden på de patienter man har ansvar för. Gruppdiskussionerna var fulla med exempel på situationer där deltagarna misstänkte att det skett en övervältring av kostnader och ansvar från en verksamhet till en annan samtidigt som de saknade faktiska underlag som visar hur det egentligen förhåller sig. Denna osäkerhet utgör ingen god bas för att bygga en stark samverkanskultur och tillit mellan huvudmännen utan är tvärtom en grogrund för misstänksamhet och revirstrider.

Resultatet från workshopporna visar tydligt att det finns en diskrepans mellan det som deltagarna behöver veta för att kunna följa omställningen till god och nära vård i länet och vad som faktiskt mäts. Deltagarna poängterade att i synnerhet bristen på kvalitetssäkrade data om kommunal primärvård gör det mycket svårt att följa upp omställningen. I en förstudie om kommunal hälso- och sjukvård konstaterade Socialstyrelsen (2019) att kommunerna behöver stöd att utveckla mål och nyckeltal för en god kommunal hälso- och sjukvård som kan användas för uppföljning och jämförelser. Året därpå påpekades samma sak i slutbetänkandet för utredningen om god och nära vård.

Givet att våra uppföljningssystem för svensk hälso- och sjukvård hitintills i stor utsträckning fokuserat på den vård som ges vid sjukhus, och vi nästan helt saknat system för att systematiskt följa upp primärvården, såväl finansierad av region som kommun, finns det en risk att vi konsekvent missbedömer den vård som ges utanför sjukhusen, och då inte minst den primärvård som kommunerna har ansvar för att erbjuda.

(SOU 2020:19, sidan 386).

En förutsättning för att kunna fatta välgrundade beslut om hälso- och sjukvårdens styrning och utveckling är att det finns underlag som kan ge en

heltäckande bild av hälso- och sjukvården. I dagsläget är insamlingen till patientregistret avgränsad till slutenvården och vissa delar av öppenvården. Från och med 2019 ska kommunerna lämna uppgifter om vårdåtgärder som har utförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med kommunen som vårdgivare till registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård. Åtgärder som utförs av privata vårdgivare eller som delegerats till icke-legitimerad personal omfattas inte. Eftersom varken den kommunala eller regionala primärvården varit föremål för systematisk uppföljning på nationell nivå på samma sätt som slutenvården saknas i stor utsträckning underlag för att beskriva och utvärdera utvecklingen i dessa delar av svensk hälso- och sjukvård. Att vi inte har en systematisk uppföljning för den del av hälso- och sjukvårdssystemet som möter flest patienter gör det också svårt att följa upp hälso- och sjukvårdslagets mål om en god hälsa och en vård på lika villkor. I den offentliga utredningen Nytt regelverk om hälsodataregister (SOU 2024:57) föreslås bland annat att patientregistret utvidgas till att också omfatta uppgifter från regional primärvård samt att registret över insatser i kommunal primärvård föreslås omfatta också privata vårdgivare. Merparten av alla insatser i kommunal primärvård delegeras dock till icke-legitimerad personal och dessa insatser omfattas inte av de föreslagna förändringarna.

Ytterligare en utmaning i uppföljningen av omställningen är att kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader inte redovisas tydligt vare sig lokalt på kommunnivå, regionalt eller nationellt. Därmed synliggörs inte kommunernas kostnader på samma sätt som i övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet. I SKR:s Hälso- och sjukvårdsrapport redovisas exempelvis bara regionernas hälso- och sjukvård (SKR, 2024), och i SCB:s Räkenskapssammandrag särredovisas inte kostnader för insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Dessa ingår istället som en del av kostnaderna för äldreomsorg och stöd till personer med funktionsnedsättning. Så vitt vi känner till finns inga nationella initiativ till att börja särredovisa kostnader för kommunal primärvård. Enligt vår bedömning är det dock helt avgörande att känna till den kommunala primärvårdens kostnader om omställningen till god och nära vård ska kunna följas upp. Om sådana beräkningar inte görs på nationell nivå behöver de göras lokalt och regionalt.

I slutbetänkandet för utredningen om god och nära vård (SOU 2020:19) betonas att en resursomfördelning mellan olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet kan behöva göras, men att detta är något som huvudmännen själva behöver hantera då lagstiftning på området skulle göra ett för stort intrång i det kommunala självstyret. En sådan resursomfördelning är omöjlig om det saknas underlag och data som visar på kostnadsfördelningen mellan huvudmännen.

Det är därför nödvändigt att varje region och kommun gör egna analyser av hur primärvården behöver förstärkas för att respektive huvudman ska kunna leva upp till de gemensamma lagbestämmelser som gäller för hela landet, och vilken resursomfördelning som behöver göras för att uppnå detta utifrån de egna förutsättningarna.

(SOU 2020:19, sidan 391)

I lagrådsremissen Nästa steg för en god och nära vård (Socialdepartementet, 2025) betonas att omställningen är svår att följa upp ”då resultat delvis förväntas uppstå i andra delar av systemet än de där insatserna görs. Att omställningen förutsätter kulturförändringar och logikskiften är ytterligare en försvårande faktor avseende möjligheten till uppföljning. Befintliga system för uppföljning klarar inte av att fånga in dessa aspekter på ett ändamålsenligt sätt. [...] Detta behöver beaktas när man tar del av de uppföljningar som hittills gjorts. Uppföljningarna utgör likväl en viktig grund för att identifiera områden och aspekter som olika aktörer behöver lägga fokus på i det fortsatta omställningsarbetet.” (Socialdepartementet, 2025, sidan 17)

Enkla lösningar på komplexa problem efterfrågas

Av workshopparna framgår det tydligt att det saknas konsensus kring hur omställningen till god och nära vård i länet ska följas upp. Många workshopdeltagare önskade sig en framtida länsgemensam uppföljningsmodell som bara innehåller ett fåtal mått. Flera upplevde att de redan idag i det närmaste drunknar i olika uppföljningar, nyckeltal och indikatorer.

För att underlätta jämförelse mellan olika regioner och kommuner i landet påtalade flera att samma indikatorer som Socialstyrelsen och SKR följer på nationell nivå också borde följas i en länsgemensam modell. Samtidigt uttryckte en majoritet av deltagarna att de inte använder SKR:s eller Socialstyrelsens indikatorer som grund för beslut i dagsläget och att dessa indikatorer inte ger svar på de frågor de har för att kunna styra mot målen i omställningen till god och nära vård. Många framhöll också att de skulle behöva mer verksamhetsspecifika uppföljningsmått än de som följs på nationell nivå idag.

Flera betonade att data för uppföljning behöver kunna hämtas direkt från befintliga verksamhetssystem så att manuella mätningar och en ökad administrativ börda undviks. Idag är det i många fall dock inte möjligt att ta fram de uppgifter som efterfrågas ur huvudmännens verksamhetssystem. Det gäller i synnerhet data som rör kommunal vård och omsorg men även till viss del regional primärvård.

Mätbara mål?

För att målet med en förändring ska kunna nås behöver individen eller gruppen som berörs av målet ha en viss kontroll över resultaten (Locke och Latham, 2006). Myndigheten för vård- och omsorgsanalys betonar också att målen bör vara tydligt definierade, tidsatta, mätbara, relevanta och realistiska (2022b). Kriterierna återkommer även helt eller delvis i andra ramverk för att analysera mål och indikatorer (Campbell, Braspenning, Hutchinson och Marshall 2002; Doran 1981; Socialstyrelsen 2020a). I sin slutrapport i utvärderingen av omställningen till god och nära vård analyserar Myndigheten för vård och omsorgsanalys omställningens mål så som de presenteras i propositionen och överenskommelserna i relation till kriterierna för mål och indikatorer. Vi har analyserat målen i den länsgemensamma färdplanen i relation till gruppdiskussionerna på workshopparna utifrån samma ramverk. I tabell 2 sammanfattar vi resultaten av vår analys.

Tabell 2 – Sammanfattning av vår analys av målen i färdplanen för god och nära vård i Västra Götalands län

Kriterier	Vår bedömning
Tydligt definierade?	Nej, det behövs tydligare definitioner.
Tidsatt?	Nej, tidsättning saknas.
Mätbart?	Delvis. Målen är utformade som önskade förflyttningar men det saknas information om hur Västra Götalandsregionen och kommunerna i länet vill att målen ska följas upp och vad som är relevanta mått för att bedöma måluppfyllelse. I vissa fall begränsas mätbarheten av brister på tillgänglig information.
Relevant?	Oklart. För vissa mål saknas evidens för att de leder till förbättringar för patienten samtidigt som skattemedel används så effektivt som möjligt.
Realistiskt?	Oklart. För att målen ska vara realistiska måste de vara möjliga att nå med tillgängliga resurser och utpekade arbetsätt. Denna kunskap saknas idag. Det är också otydligt vem som ska göra vad för att uppnå målen.
Påverkbart?	Det är oklart i vilken utsträckning som enskilda verksamheter kan påverka målen då ekonomiska och personella resurser enligt deltagarna ofta saknas.

Baserat på ovanstående analysmodell drar vi slutsatsen att målen med omställningen i färdplanen är för otydliga för att de ska kunna följas upp på ett meningsfullt sätt. Därmed går det inte heller att i dagsläget föreslå en modell för hur uppföljningen i länet ska göras.

6. Vägledande utvecklingsområden för att på sikt möjliggöra länsgemensam uppföljning

Istället för att presentera en färdig modell för gemensam uppföljning av omställningen till god och nära vård i Västra Götalands län – vilket var den ursprungliga ambitionen med förstudien – visar resultaten sammantaget att nödvändiga förutsättningar för en sådan modell i dagsläget saknas.

I detta avslutande kapitel sammanfattas därför de strukturella, organisatoriska och kunskapsmässiga utvecklingsbehov som identifierats i studien. Syftet är inte att föreslå ett konkret genomförande eller initiera ett nytt utvecklingsuppdrag, utan att tydliggöra vilka förutsättningar som på sikt behöver vara på plats för att en länsgemensam uppföljningsmodell överhuvudtaget ska vara möjlig att utveckla och använda på ett meningsfullt sätt.

Avsnittet kan därmed läsas som ett kunskapsunderlag till beslutsfattare om vad som krävs för att förändra dagens situation. Nuvarande uppföljning är fragmenterad och styrs av vilka mått som finns tillgängliga. En mer sammanhållen och användbar uppföljning av omställningen till god och nära vård i länet behöver i stället utgå från berörda verksamheters behov av underlag.

Sju vägledande utvecklingsområden

Nedan sammanfattas sju övergripande utvecklingsområden som, utifrån förstudien, framstår som centrala för att på sikt möjliggöra en länsgemensam uppföljning. Omfattningen av respektive område kan variera beroende på ambitionsnivå, och det är inte möjligt att i detta skede bedöma resursbehov eller kostnader.

1. Gemensamma mål för omställningen

Studien visar att avsaknaden av gemensamt formulerade mål för omställningen i länet utgör ett centralt hinder för systematisk uppföljning. En mer sammanhållen uppföljning förutsätter därför att ett begränsat antal gemensamma mål formuleras och följs upp över tid.

2. Samsyn kring relevanta indikatorer

Ett återkommande resultat i förstudien är att det idag saknas samsyn kring vilka indikatorer som är mest relevanta för att följa omställningen till god och nära vård på länsnivå. Avsaknaden av sådan samsyn framstår som ett grundläggande hinder för att etablera en gemensam uppföljningsmodell. Om detta prioriteras framöver kan strukturerade prioriteringsprocesser,

exempelvis enligt Delphi-metoden, utgöra ett sätt att skapa bredare förankring.

3. Tvärprofessionell kompetens för metodutveckling och kvalitetssäkring

Förstudien indikerar behov av tvärprofessionell och tvärvetenskaplig kompetens för fortsatt utveckling av en länsgemensam uppföljning, inklusive kvalitetssäkring av de mått som används. Ett sådant arbete kan utgå från denna förstudie och tidigare framtagna förslag i länet (Swärd Davidsson & Svanström, 2023). Vissa mått kan redan prövas i större skala, exempelvis kostnadsberäkningar i kommunal primärvård och enkäter för att mäta graden av personcentrering i kommunal primärvård baserade på metoder framtagna inom Göteborgsregionens nyckeltalsarbete. På andra områden saknas idag ändamålsenliga mått, exempelvis validerade instrument för att följa upp patienters samlade upplevelse av vård och omsorg, hur vårdkedjan fungerar som helhet samt graden av personcentrering i ett övergripande perspektiv.

4. Förbättrad datakvalitet och registreringspraxis

Förstudien visar på brister i kvaliteten på vissa datakällor, vilket begränsar möjligheterna till tillförlitlig analys. Detta gäller bland annat registrering av KVÅ-koder samt inrapportering till Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård. En mer användbar uppföljning förutsätter ett fortsatt arbete med att stärka kvalitet och enhetlighet i datarapporteringen.

5. Kunskapsunderlag om effektiva arbetssätt

Det finns behov av mer systematisk kunskap om vilka arbetssätt som både gynnar patienten och är samhällsekonomiskt effektiva. Exempel på områden som lyftes på workshopparna är SIP och dess betydelse för samordning, delaktighet och personcentrering. Vård i hemmet jämfört med sjukhusvård liksom egenvård och egenmonitorering, välfärdstekniska lösningar samt digitala jämfört med fysiska vårdkontakter nämndes också.

8 Delphi-metoden skulle i detta sammanhang innebära att exempelvis en panel av politiker, chefer, tjänstepersoner och vård- och omsorgspersonal svarar på enkäter om möjliga indikatorer i uppföljningsmodellen. Experterna svarar oberoende av varandra vid upprepade tillfällen vilket ger deltagarna möjlighet att ompröva sina svar. Enkäterna sammanställs av för deltagarna anonyma intervjuare och ligger till grund för konsensusbedömningar.

6. Samlad tillgång till relevanta mått

Mått med relevans för omställningen är idag spridda över flera olika plattformar, vilket försvårar överblick och användning. En mer samlad presentation, exempelvis via en gemensam digital yta kopplad till befintliga strukturer för vårdssamverkan i länet, skulle kunna underlätta tillgången till jämförbara data på lokal och länsgemensam nivå.

7. Analysstöd för tolkning och användning av resultat

Workshopparna visade att tolkning av indikatorer och översättning av resultat till praktiska förbättringsåtgärder upplevs som utmanande. Ett mer strukturerat analysstöd, exempelvis i form av en återkommande länsgemensam analysrapport liksom dialogseminarier, skulle kunna bidra till att synliggöra utveckling, trender och möjliga förbättringsområden samt sammanföra resultat från relevanta studier och utvecklingsarbeten.

Avslutningsvis visar förstudien att en länsgemensam uppföljningsmodell för omställningen till god och nära vård förutsätter att:

1. det finns tydligt definierade mål för omställningen
2. det råder samsyn kring dessa mål mellan huvudmännen
3. det finns kvalitetssäkrade data som möjliggör uppföljning av utfall för olika patientgrupper och arbetssätt.

Huvudmännen behöver även fortsättningsvis utveckla sin egen uppföljning och kvalitetssäkra datainsamlingen. Särskilt tydligt är behovet av att stärka individbaserad uppföljning inom kommunal och regional primärvård, där möjligheterna till detta idag är mer begränsade än inom övrig hälso- och sjukvård. En länsgemensam uppföljningsmodell kan inte ersätta respektive huvudmans egna uppföljningssystem utan bygger på dessa. Därmed kan en gemensam modell aldrig bli bättre än kvaliteten på den data som samlas in lokalt.

De utvecklingsområden som beskrivs ovan ska inte tolkas som förslag till beslut eller åtaganden för Västra Götalandsregionen eller länets kommuner. De utgör en sammanfattning av de förutsättningar som, utifrån förstudien, framstår som väsentliga för att en länsgemensam uppföljning av omställningen till god och nära vård på sikt ska vara möjlig.

Referenser

- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (Tredje upplagan ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Bolin, K. (2024). *Preventionens betydelse för finansieringen av framtidens vård och omsorg*. Stockholm: SNS Förlag.
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. London: Sage.
- Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A., & Marshall, M. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality & safety in health care*, 11(4)358–364. doi: 10.1136/qhc.11.4.358.
- Doran, G. T. (1981). There's a SMART way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11)35–36.
- Göteborgsregionen (2026). *Forskningsprojektet ACHIEVE*. Information hämtad 260303. <https://goteborgsregionen.se/projekt/2024-09-11-achieve>
- Johansson, M., Niklasson, A., Albarqouni, L., Jørgensen, K. J., Guyatt, G., & Montori, V. M. (2024). Guidelines Recommending That Clinicians Advise Patients on Lifestyle Changes: A Popular but Questionable Approach to Improve Public Health. *Annals of internal medicine*.
- Kolada (2025). Fri sökning. <https://kolada.se/verktyg/fri-sokning/>
- Larsen, T., Nilsson, Å., & Hansen, M. (2024). *Nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen 2023*. FoU i Väst, Göteborgsregionen. Hämtad 260330. <https://goteborgsregionen.se/download/18.28e91ce418e5fac24fb232a5/1712584945764/Nyckeltal%20god%20och%20n%C3%A4ra%20kommunal%20prim%C3%A4rv%C3%A5rd%20GR%202023.pdf>
- Larsen, T., & Nilsson, Å. (2023). *Utveckling av nyckeltal på god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen*. FoU i Väst, Göteborgsregionen. Hämtad 260330. <https://goteborgsregionen.se/download/18.462ab74e188bd9ef5foa391/1687275424230/Utveckling%20av%20nyckeltal%20p%C3%A5%20god%20och%20n%C3%A4ra%20kommunal%20prim%C3%A4rv%C3%A5rd.pdf>
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (2006). New directions in goal-setting theory. *Current directions in psychological science*, 15(5), 265–268. doi:10.1111/j.1467-8721.2006.00449.x

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2025). *Omtag för omställning. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport.* Hämtad 260330.

https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2025/03/Rapport_2025_1_Omtag_fo%CC%88r_omsta%C%88llning.pdf

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2023). *Ordnat för omställning. Utvärdering av omställningen till god och nära vård – delrapport.* Hämtad 260330.

<https://www.vardanalys.se/rapporter/ordnat-for-omstallning/>

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2022). *Kontinuitet och fast läkarkontakt. Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård: 2022.* Hämtad 260330.

<https://www.vardanalys.se/digital-publikation/kontinuitet-och-fast-lakarkontakt/>

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2021). *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.* Hämtad 260340.

<https://www.vardanalys.se/rapporter/nara-var-d-i-sikte/>

Nilsson, Å., Larsen, T., & Hansen, M. (2025). *Nyckeltal Kommunal primärvård 2024 – en del i uppföljningen av god och nära vård i Göteborgsregionen.* Göteborgsregionen, FoU i Väst. Hämtad 260330.

<https://goteborgsregionen.se/download/18.7443754b1963eb46dcad5d7/1766985164611/Nyckeltal%20Kommunal%20prim%C3%A4rv%C3%A5rd%20G%3%B6teborgsregionen%202024.pdf>

Prop. 2021/22:260 *Ökad kontroll i hälso- och sjukvården.* Hämtad 260330.

<https://www.regeringen.se/contentassets/2f844da8bb62431e914a7dfab5fb3b59/prop.--2021-22-260.pdf>

Prop. 2021/22:72 *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform.* Hämtad 260330.

<https://www.regeringen.se/contentassets/9cdedd464db94483ba2b3fecb6134fa2/prop-2021-22-72.pdf>

Prop. 2019/20:164 *Inriktning för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.* Hämtad 260330.

<https://www.regeringen.se/contentassets/a025c5b9e77541f9ae217ba8d69146d8/inriktningen-for-en-nara-och-tillganglig-var-d--en.pdf>

Prop. 2017/18:83 *Styrande principer i hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*. Hämtad 260330.

https://www.regeringen.se/contentassets/b11b8adeb0df4b94bb0e5b064655b76c/styrande-principer-inom-halso--och-sjukvarden-och-en-forstarkt-vardgaranti-prop-201718_83.pdf

Region Jönköpings län (2025). *Statistik för samverkan mellan kommuner och Region Jönköping*. Hämtad 260330.

<https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/uppfoljning/statistik2/lokal-samverkan-med-kommuner/?accordionAnchor=341033>

Region Uppsala och kommunerna i Uppsala län (2023). *Uppföljningen av en effektiv och nära vård i Uppsala län*.

SKR (2025a). *Ramverk för lärande uppföljning av Nära vård*. Hämtad 260330.

https://extra.skr.se/download/18.950397f18beb6d805b62007/1701189060314/SKR_Guidelines-for-visualisering-av-resultat.pdf

SKR (2025b). *Indikatorer nära vård*. Hämtad 260330.

https://vardenisiffror.se/Rapport/omstallningen-till-nara-var_d_ny

SKR (2025c). *Vård- och omsorgskollen – ett verktyg för personcentrerad uppföljning*. Hämtad 260330.

<https://vardochomsorgskollen.se/>

SKR (2025d). *Primärvårdskvalitet – ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården*. Hämtad 260330.

<https://extra.skr.se/primarvardskvalitet.32919.html>

SKR (2024a). *Nära vård tar form*. Årsberättelse 2023/2024.

SKR (2024b). *Hälso- och sjukvårdsrapporten 2024*.

Socialdepartementet (2025). *Nästa steg för en god och nära vård*.

Lagrådsremiss. Hämtad 260330.

https://www.regeringen.se/contentassets/481271b1310848bb956b4243560eb583/nasta-steg-for-en-god-och-nara-var_d.pdf

Socialdepartementet (2023a). *Uppdrag att fördela, betala och följa upp medel för att öka antalet disponibla vårdplatser*. Dnr. S 2023/00680.

Hämtad 260330.

https://www.regeringen.se/contentassets/85b566f071f84eddb95900536e3a7195/uppdrag-att-fordela-betala-ut-och-folja-upp-medel-for-att-oka-antalet-disponibla-var_dplatser.pdf

Socialdepartementet (2023b). *Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården*. Dnr: S2023/00679. Hämtad 260330.

<https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2023/02/uppdrag-att-ta-fram-forslag-till-en-nationell-plan-for-att-minska-bristen-pa-vardplatser-inom-halso--och-sjukvarden/>

Socialdepartementet (2017). *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*. Lagrådsremiss. Hämtad 260330.

<https://www.regeringen.se/contentassets/afc64d94eae54a72b1ea382a1a5c30d1/styrande-principer-inom-halso--och-sjukvarden-och-en-forstarkt-vardgaranti.pdf>

Socialdepartementet (2021). *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*. Lagrådsremiss. Hämtad 260330.

<https://www.regeringen.se/contentassets/9cdedd464db94483ba2b3fecb6134fa2/prop-2021-22-72.pdf>

Socialstyrelsen (2025a). *Uppföljning av omställningen till en god och nära vård. Delredovisning 2025*. Hämtad 260330.

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/e5373180cfe042f7877af6dc9fecd386/2025-9-9707.pdf>

Socialstyrelsen (2025b). *Indikatorer för god och nära vård*. Hämtad 260330.

https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/GONV_Oversikt/?expand_filters=0

Socialstyrelsen (2025c). *Kommunal hälso- och sjukvård*. Hämtad 260330.

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/tillampning-av-klassifikationer-urval/kommunal-halso-och-sjukvard/>

Socialstyrelsen (2021). *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården*.

Socialstyrelsen (2020). *Handbok för utveckling av kvalitetsindikatorer. För god vård och omsorg*. Hämtad 260330.

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/389e4d8cbcf14df988obe734e93859bd/2020-8-6877.pdf>

Socialstyrelsen (2019). *Kommunal finansierad hälso- och sjukvård*.

Förstudie. Hämtad 260330.

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/089db8e4503741a19dcadd39bedf465e/2019-2-17.pdf>

SOU 2024:57 *Ett nytt regelverk för hälsodataregister*. Hämtad 260330.
https://www.regeringen.se/contentassets/9d7c01c468d14e40892c6c1fia6bd460/sou-2024_57_pdf-a_webb.pdf

SOU 2021:6 *God och nära vård – rätt stöd till psykisk hälsa*.

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

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

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

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

Sveriges kommuner och regioner (SKR) (2019). *Att följa omställningen till Nära vård – en översikt av mått och indikatorer*.

Swärd Davidsson, M., & Svanström, H. (2023). *Länsgemensam uppföljning av god och nära vård. Slutrapport*. Kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen 2023-03-20. Hämtad 260330.

<https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/s/ofia/rs6400-302917419-216/native/Slutrapport%20L%c3%a4nsgemensam%20ouppf%c3%b6ljning%20av%20god%20och%20n%c3%a4ra%20v%c3%a5rd.pdf>

Tavory, I., & Timmermans, S. (2014). *Abductive analysis: theorizing qualitative research*. Chicago: The University of Chicago Press.

Vård- och omsorgskollen (2025). Hämtad 260330.

<https://vardochomsorgskollen.se/>

Västra Götalandsregionen (2025). *Uppföljningsrapport nära vård*.

Västra Götalandsregionen (2024). *Genomförandeplan nära vård*.

Västra Götalandsregionen (2017). *Beslut om genomförandeplan för omställningen till god och nära vård*.

Västra Götalandsregionen & VästKom (2024). *Resultatrapport. Länsgemensam uppföljning god och nära vård. Vårdsamverkan Västra Götaland 2024*.

Västra Götalandsregionen & VästKom (2023). *Resultatrapport. Länsgemensam uppföljning god och nära vård. Vårdsamverkan Västra Götaland 2023*. Hämtad 260330.

<https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/s/ofia/rs6400-302917419-319/surrogate/Presentation%20Resultatrapport%20l%c3%a4nsgemensam%20uppf%c3%b6ljning%20N%c3%a4ra%20v%c3%a5rd%202023.pdf>

Västra Götalandsregionen & VästKom (2022). *Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård*. Hämtad 260330.

<https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/s/ofia/rs6400-302917419-158/surrogate/F%c3%a4rdplan%20-%20l%c3%a4nsgemensam%20strategi%20f%c3%b6r%20god%20och%20n%c3%a4ra%20v%c3%a5rd.pdf>

Winpenny E., Miani C., Pitchforth E., Ball S., Nolte E., King S., Greenhalgh J., & Roland M. (2016). *Outpatient services and primary care: scoping review, substudies and international comparisons*, Southampton (UK): NIHR Journals Library.

Ørngreen, R., & Tweddell Levinsen K. (2017). Workshops as a research methodology. *Electronic Journal of e-learning*, 15(1): 70–81.

Örebro län (2025). *ViSam – samverkansmodell för planering och informationsöverföring*.

<https://www.visamregionorebro.se/beslutsstod/>

Bilaga 1 – Personer som bidragit med synpunkter på arbetet och tidigare manusversioner

Ann-Sofie Rundberg, avdelningschef, Västra Götalandsregionen

Axel Wolf, professor, GPCC, Göteborgs universitet

Catarina Karlberg, statistiker, Västra Götalandsregionen

Elisabeth Lindholm Hane, utvecklingsledare, Skaraborgs kommunalförbund

Ewa Wikström, professor, Handelshögskolan, Göteborgs universitet

Hanna Gyllensten, docent, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet

Helena Håkansson, forskare, Göteborgsregionen, FoU i Väst

Helle Wijk, professor, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa/DEMSAM, Göteborgs universitet

Jenny Rehnman, FoU-chef, Göteborgsregionen, FoU i Väst

Kristina Lännergren, direktör, VästKom

Lina Emmesjö, postdoc, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet

Maria Ljung, planeringsledare, Göteborgsregionen

Maria Olsson, strateg, VästKom

Stefan Bengtsson, strateg, Västra Götalandsregionen

Bilaga 2 – Sammanställning av fysiska och digitala post-it-lappar

Fråga 1: Ge exempel på befintliga nyckeltal och indikatorer som du tycker ska ingå i en länsgemensam uppföljningsmodell.								
Huvudteman	Subteman	Inlägg	Borås	Fyrbo- dal	GR	Skara- borg	VGR	
Vård på rätt vårdnivå	Förflyttning från sluten vård till öppen vård	Kunna följa ICF och KVÅ i kommunal primärvård för att se förflyttning/förskjutning.	x	x		x		
		Fler svårt sjuka i kommunal regi, i ordinarie boende eller korttid som även avlider i hemmet ses öka, vilket oftast innebär ökad andel vak. Följa i palliativregistret andel som avlider på sjukhus i förhållande till de som avlider där de har kommunala insatser.	x					
		Mer vård bedrivs i hemmet, kommer t ex hemtjänsttimmar att öka?	x					
		Andel HSL-uppdrag (delegerade/ordinerade) insatser per dag				x		
		Hur sker förflyttningen, hur kan vi mäta den?						x
		Överbeläggningar och utlokaliseringar						x
		Andel av befolkningen som har kommunal hälso- och sjukvård					x	
		Totalt antal inskrivna i kommunal primärvård					x	
		Utskrivningar i procent från hemtjänsten och kommunala hälso- och sjukvården					x	
		Egenvård	Egenvårdsbeslut		x			
Digitalisering	Andel digitala distanskontakter i primärvård av totala antal digitala.						x	
Välfärdsteknik	Antal läkemedelsautomater per inskriven i hemsjukvården					x		
Tillgänglighet	Allmänt tillgänglighet	Tillgänglighet, en positiv rörelse är viktigaste än det enskilda resultatet. För statistik är statistik. Det viktiga är att vi har en positiv förflyttning/Betyg på tillgänglighet i relation till behov.					x	

	VC	Tillgänglighet på läkare på vårdcentraler - för att undvika onödiga inläggningar			x		
	Mobila team	Tillgänglighet till kontakter via mobila akutläkarteam, mobila arbetssätt - för att undvika onödiga inläggningar/antal besök av mobila team.	x		x	x	
	Akutmottagning	Tillgänglighet till snabba åtgärder via akutmottagning - för att undvika onödiga inläggningar	x		x	x	
	Hembesök dr kommunal primärvård	Tillgång till läkare säbo/antal läkarbesök säbo och ordinärt boende uppdelat på fysiska och digitala möten			x	x	x
	BUP	Kön till BUP - vård på rätt nivå?			x		
Resursfördelning	Vårdtyngd	Kunna mäta vårdtyngd viktigt. Har diskuterats i MAS-nätverket. Ser att det handlar mycket om ekonomi.			x	x	
	Kostnader	Hjälpmedelkostnader			x		
		Kostnad per år för antal patienter som mottagit insatser i kommunal primärvård			x		
	Bemannning	Antal inskrivna patienter i förhållande till antal årsarbetare/antal patienter per sjuksköterska i kommunal primärvård			x	x	
	Kompetens	Mäta kompetensen på medarbetare som ska utföra den nära vården	x				
Utbildningsnivå inom omsorgen					x		
Personcentrering	Delaktighet	Antalet SIP:ar blir visserligen kvantitativt men då går det i alla fall att mäta om samverkansmöten ökar	x	x	x	x	
		Antal patientkontrakt				x	
	Trygghet	Trygghet för den enskilde, är man inte trygg söker man runt, mäta någon form av upplevd trygghet	x				
	Kontinuitet	Antal/andel med fast vård- och omsorgskontakt inom hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst	x			x	
	Nöjdhet	Patienttillfredsställelse			x		

		Svårt att säga. Oklart för mig vad medborgarna definierar som framgång.						x	
		Personcentrerad vård					x		
	Förtroende	Förtroende för sjukvården i sin helhet (balanserade mått)						x	
	Tillgodosedda vårdbehov	Tillgodosedd vårdbehov (balanserade mått) – dock ej bara mäta ett besök som i nationell patientenkät, utan för en vårdepisod						x	
Adekvat läkemedelsbehandling	Läkemedelsgenomgångar	Andel patienter (över 75 år) som fått en läkemedelsgenomgång/antal identifierade och åtgärdade läkemedelsrelaterade problem.	x	x					
	Läkemedel som bör undvikas	Äldre med läkemedel som bör undvikas	x					x	
Förebyggande och hälsofrämjande	Fallolyckor	Antal personer 80 år som vårdas i slutenvård på grund av fallolycka/antal fall och åtgärder bland äldre	x		x	x			
		Trygghetsbesök - förebyggande hembesök				x			
	Demensdiagnos	Mäta antal demensdiagnoser, idag är många outredda eller får ospecificerad demensdiagnos, ger inte bra förutsättningar för läkemedel och behandlingsåtgärder	x						
	Barn och unga	Andel elever i årskurs 9 som är behöriga till gymnasiet			x	x			
	Folkhälsa	Andel barn och unga som rapporterar god psykisk hälsa.		x					
		Kvalitet och Hälsoutfall (folkhälsa) en positiv rörelse är viktigaste än det enskilda resultatet. För statistik är statistik. Det viktiga är att vi har en positiv förflyttning							x
		Upplevd hälsa i befolkningen					x		
Samverkan	Avvikelse i samverkan	Avvikelse i samverkan					x		
		Följsamhet till SAMSA		x					
	Samordning	Antal/andel (oplanerade) återinskrivningar på sjukhus	x	x	x	x		x	
		In- och utskrivningsprocessen mellan slutenvård och kommunal och regional primärvård	x				x	x	

		Tid på sjukhus från utskrivningsklar till hemgång			x		x	
		TVT - total vistelsetid slutenvård					x	
		Samordning av hälso-och sjukvård i hemmet vid försämring i hälsotillståndet. Hur många kvarstannar hemma. Undvikbar slutenvård	x		x			
		Besök på akuten (men bedömts till fel vårdnivå? dvs hänvisade någon annanstans), återbesök vid akutmottagning, andel som hänvisas vidare till jourmottagning/primärvård					x	
		Även mäta och följa upp kvalitét, tex upplevelsen av samordningen mellan sjukhus och kommunal primärvård.				x		
	Palliativ vård	Brytpunktsamtal/samtal vid allvarlig sjukdom				x		
Generellt om uppföljning av omställningen	Användbara register/undersökningar	Använd det som redan görs, tex de nyckeltal som GR tar fram/följer upp. Kvalitetssäkra de nyckeltal som redan finns så de används på samma sätt i samtliga kommuner.			x			
		Enkäter som ingår i GR:s nyckeltal både till patient och leg. personal för att följa upplevelserna av personcentrering.			x			
		Utgå från SKR:s indikatorer: lägga till alt dra ifrån vad som passar VGR						x
		Uppföljning indikatorer genomförandeplan Nära Vård - Nuvarande VGR indikatorer Nära Vård						x
		Vad tycker de äldre om äldreomsorgen		x				
		Nationell patientenkät		x				
		BPSD, Senior Alert, Palliativa registret	x	x				
		KOLADA vad finn som vi använder oss av		x	x			
		Befintliga mätetal i palliativ registret			x			
		Befintliga mätetal mellan region/kommun			x			
		Förslag på presentation av data	Använda befintliga siffror i realtid, inspireras av			x		

		Samverkan Jönköping och dashboard					
		Vi behöver ha våra processmått för att vi ska kunna se vad som görs, men vi behöver också ha resultatmått för att se vad resultatet av det vi gjort är och balanserade mått för att säkerställa att det inte påverkar andra patientgrupper/processer negativt.					x
		vi bör ha region gemensamma indikatorer, mata in på samma sätt oavsett verksamhet så att vi får samma utdata och kan göra jämförelser både regionalt och nationellt.					x
		ISU inte bara hårddata utan även individbaserad uppföljning ur ett patient/brukarperspektiv		x			
		indikatorer på flera nivåer för att få mätetal på vad som sker. Indikatorer som är patientnära är otroligt viktiga, men även indikatorer som stödjer arbetet som skett innan på strategisk nivå					x

Fråga 2: Vilken information saknar du för att kunna följa upp omställningen till god och nära vård ur ett kvalitets- och kostnadsperspektiv?							
Huvudteman	Subteman	Inlägg	Borås	Fyr-bodal	GR	Skara-borg	VGR
Vård på rätt vårdnivå	Förflyttning från sluten vård till öppen vård	Mäta om patienter får vård på rätt nivå men frågan är om det finns data för detta?			x		
		Koppling nya SoL och nära vård. Hur mäter vi att vi gör förflyttningen av båda nya SoL och nära vård samtidigt. Det ligger i linje med varandra.			x		
		Hur mäter man förflyttning?				x	
	Digital monitorering	Digital monitorering per vårdgivare och i samverkan; Nyttjandegrad av digitala tjänster/hjälpmiddel; Mäta nyttan av användning av digitalisering-egenmonitorering; Effekten av digitalisering - individens självständighet; Proaktiv självständighet med välfärds teknik ex RPA, läkemedels automater. Mått för både kommunal och regional PV.	x	x	x		

	Digitala vårdbesök	Det digitala besöket är inte lika mycket värt, en digital ordination måste också kunna mätas; Ta med mätning av fler digitaliserings initiativ tex digitala möten, mobilt arbetssätt, ansluten som producent NPÖ, SDK osv; Mäta specialistbesök digitalt som dietist, logoped, kurator; Digitala möten med patienten					x
	Ändamålsenlig organisering	Antal förvägsplaneringar - tex ortopediska operationer	x				
	Sammanhållen vård	Hur mäter vi att vi har sammanhållen vård?			x		
	Egenvård	Antal egenvårdsbeslut	x				
	Vård i hemmet	Följa upp läkarbesök i hemmet- både fysiska och digitala; Hembesök av antalet läkarbesök från vårdcentral och även jourcentral; Antal hembesök av läkare.	x	x	x		
Resursfördelning	Vårdtyngd	Saknas vårdtyngdsmått (ingår i pilot nu från Alingsås och Lerum) det skulle kunna bli en förskjutning som inte finns höjd för. Hur ser förskjutningen av skatteväxling ut; Viktigt att kunna mäta vårdtyngden på patienter inskrivna i kommunal primärvård. Känslan är att vårdtyngden ökar och kräver högre personalbemanning men vi kan inte påvisa det med ett bra mätverktyg; Vårdtyngdsmätning viktig. Ökning sker i kommunal primärvård. Resurserna ökar inte i samma omfattning. Detta behöver följas för att bli synliggjort (även för politik och i vårdsamverkan) Viktigt att se hur vi krokas arm (flöden i samverkan) och om/hur vi når personcentrering.; Inte enbart mått som mäter verksamheternas kostnader med mera. Mäta kvalitet; Vårdtyngd måste vara en faktor när man mäter kostnaderna; Är ett önskemål att ha ett gemensamt verktyg för att mäta vårdtyngd. Syfte att se om eller hur Nära vård förändras över tid. ett gemensamt gör oss jämförbara; Vårdtyngdsmätning, tex hur många patienter har samtidig kontakt med specialiserad vård och primärvård	x		x	x	x
		Mäta antal KVÅ:er inom kommunal primärvård; KVÅ skulle behöva användas för jämförelser men i nuläget finns ingen konsensus över vad som ska användas av de framtagna eller vilka ska man fokusera på i länet och vad har vi för mål; Mäta följsamhet till ex. 4 KVÅ koder som är tydligt förmedlade till alla kommuner/region så att man kan säkerställa lokalt att dessa används; Jämförbar data. Vi saknar samsyn kring KVÅ koder, åtgärds-koder inom VGR			x	x	x

		Andel patienter med två eller fler kroniska sjukdomar.		x			
		Följa diagnos NPF då vi i VG ökar jämfört med övriga regioner i Sverige				x	
		Att mäta antal insatser/besök			x		
		Omfattning av insatser som delegeras till omsorg; Många av HS insatserna utförs inte av leg. personal utan av omsorgspersonal både delegerade och på annat sätt ordinerade insatser. Dessa kommer inte med när man mäter KVÅ.			x		
	Kompetens	Mäta kompetens med skyddad yrkestitel - usk	x				
	Kostnader	Kostnader för hjälpmedel	x				
		Vem ska ta kostnaderna för de digitala vårdtjänsterna?					x
		Kostnad för behandling när fler får avancerad vård i hemmet.			x		
		Andel samfinansierade placeringar VGR och kommun			x		
		Effekter av digitalisering - kostnadsmässigt och ökad effektivitet					
		Önskemål hade varit uppföljning av kostnader i SCB och i räkenskapsammandraget, precis som kostnader för insatser följs upp enligt SOL och LSS.			x		
		Ekonomi är en nyckelfråga. Det behövs en ekonomisk modell som följer förskjutningen till nära vård. Det bör finnas en kostnadsmodell som är rörlig mellan huvudmännen för att eliminera att kostnaden blir en bromskloss för förflyttningen. En utjämningsmodell över tid, likt LSS-utjämningsmodellen.				x	
		Utvärdera skatteväxlingen som har gjorts och jämföra nuläget med tidigare situation.				x	
Personcentrering	Nöjdhet	Nöjdhet hos brukare/patient. Upplevelse av vård och insatser; Personcentrerad vård - nöjdhet hos brukare/patient och kunskapsnivå hos personal; Andel patienter som är nöjda med vården de får, mätt genom gemensam enkät; Patient/brukares upplevelse av vård och omsorg; Vad tycker patienterna om kommunal primärvård; Nationella patientenkäten - endast en akademisk nytta – ger inte ngn styrning och ledning – fel frågor, det är för långsamt och för långt emellan, gles och eftersläpar, ej använda som ett aktivt styrinstrument.	x	x	x	x	x
	Trygghet	Följa upp upplevd trygghet av vård för den enskilde och dennes anhöriga	x				
	God och nära vård	Vad medborgarna definierar som god och nära vård					x
	Delaktighet	Andel patienter som känner sig delaktiga i beslut om sin vård.		x			

	Kontinuitet	Är låg personalomsättning en indikator på ökad kontinuitet? Hur mäter vi/redovisar det i sådant fall?			x		
		Vi har inga system för fast vårdkontakt.					x
Hälsofrämjande och förebyggande	Psykisk hälsa	Antal suicid samt antal suicidförsök				x	
	Barn- och unga	Skolan behöver inkluderas.				x	
	Förebyggande insatser	Hitta indikatorer som beskriver komplexa behov och förskjutningen. Ett system som stödjer för att kunna arbeta förebyggande och proaktivt och personcentrerat. Antalet SIPar räcker inte; Nöjdhet vid förebyggande insatser; Hur mäter vi hur invånarna upplever det stöd de får i ett förebyggande perspektiv; Hur kan mäta förebyggande och hälsofrämjande insatser? Behöver starta innan kommunal primärvård kommer in i bilden; Kontaktpunkter/dagverksamhet för att fånga upp det preventiva behovet.	x	x	x	x	
Samverkan	Patientkontrakt	Mäta samverkan och trygghet. Gemensamt arbetssätt typ Prea 60.	x				
	Informationsdelning	Samverkan och informationsöverföring mellan huvudmän vid vårdövergångar; Samverkan i större utsträckning. Det utökade behovet för samverkan/samtal/dialoger som kommer att ske mellan olika yrkesgrupper som i hemmet besöker en person men som inte träffas naturligt. Informationsöverföring kostar; Digitalisering – digitala vårdkontakter – finns inga gemensamma it system där vi kan kommunicera med kommunerna än – enbart SAMSA idag.	x	x	x		x
	Specialistvård - primärvård	Hur samverkan sker mellan öppen specialistvård och regional primärvård			x		x
	Skola-BUP	Uppföljning av samverkan mellan skola/elevhälsa och UPH/BUP, ur ett elevperspektiv och ur ett professionsperspektiv.	x				
	SIP	Analys av bristfälliga SIP, samverkan		x			
	Ändamålsenlig organisering	Antal förvägsplaneringar - tex ortopediska operationer	x				
	Sammanhållen vård	Hur mäter vi att vi har sammanhållen vård?			x		
		Analys av avvikelser i SAMSA; Avvikelsestatistik ur ett patientperspektiv - dvs. hur många patienter drabbas av samverkansproblematik mellan huvudmännen.		x			x
Resultat och måluppfyllelse	Kvalitet	Bra kvalitetsmått; Kvalitetsområden som föreslås i ett årshjul. områden som ges exempel som man kan lyfta in i arbetet med kvalitet och ekonomi. Kvalitetsprognoser som genomförs samtidigt som ekonomisk prognos, för att binda ihop ekonomisk styrning med kvalitetsuppföljning; Hur följer man					x

		kvalitet? Det har vi pratat mycket om i hälso- och sjukvårdsavtalet, vad ska det innehålla. Det finns många olika sätt att mäta det.					
	Funktionsstöd	Ökade insatser och ökad kvalitet för funktionsstöd			x		
	Evidensbaserade bedömningsinstrument	Antal bedömningar av gemensamma evidensbaserade bedömningsinstrument tex CFS, Visam, hälsosamtal, FAR	x				
	Patientsäkerhet	Antal avvikelser och tillbud personal rapporterar	x				
	Utfall av insatser	Mätning av funktion rehabilitering (AT FT) - viktig funktion inom fall etc men även i många andra områden ex. NPF och psykisk ohälsa				x	
	Tillgänglighet	Väntetider för att få träffa en psykiatriker; Snittid för psykiatrin, både barn och unga och vuxna		x	x		
	Diagnoskodning	Diagnoser kring annat som rör patienten – t.ex. undernäring. Långt ifrån alla som registrerar detta.					x
Generellt om uppföljning av omställningen	Om uppföljning	Vi är duktiga på att samla in – men när är vi duktiga på att ta ut? Vi har en fantastisk utdata enhet – som mäter allt och hela tiden, trots det så händer inte det som vi vill skall hända.					x
		Kommunerna behöver bli mycket bättre på analys och uppföljning.				x	
		Gemensamt lednings- och kvalitetssystem?				x	
		Hur vem mäter?				x	
		Allt som kräver att vi ska hämta data från olika system funkar inte i VGR i dag.					x
	Innovation	Mäta innovationsförslag	x				
		Hur mäter vi innovation och ständiga förbättringar?	x				
	Förbättringsförslag	Dialogforum för proaktiva gemensamma arbetsätt mellan vårdgivare för att få följsamhet till färdplanen.	x				
		Saknar gemensam information om gemensamma nyckeltal	x				
		Bakgrund till indikatorerna som är med i fråga 1				x	
		Viktigt att kommuner är representerade i forum för kunskapsstyrning för att veta att vi har processflöden som är både kvalitativa och kostnadseffektiva				x	
		Det finns inte alltid att välja rättavvikelse i Medcontrol – skit in blir skit ut. Om vi ska använda Medcontrol finns det mycket som saknas. Verktöget behöver uppdateras så att man kan avvikelserapportera på rätt kategori.					x

	Uppföljningsmodellen	Prioritera kärnfulla indikatorer för att hålla administration på rimlig nivå och vara hanterbart.	x				
		NUSO material för inspiration			x		
		Indikatorer bör ha så lite påverkan av andra föränderliga faktorer för att hålla över tid				x	
		Det är mkt fokus på äldre idag, hur mäter vi yngre – bredda indikatorerna				x	
		Ibland flashar vi upp saker – men viktigt att funder					x
		Kolla att SKR:s indikatorer går igen i hela VGR (social hållbarhet)					x

Fråga 3: Ge förslag på nya nyckeltal och indikatorer som du tycker ska ingå i en länsgemensam uppföljningsmodell.

Huvudtema	Subtema	Inlägg	Borås	Fyr-bodal	GR	Skara-borg	VGR	
Vård på rätt vårdnivå	Egenvård	Uppföljning av egenvård och egenvårdsbeslut; Egenvård: hur mycket används det? Ökar/minskar det? Leder det till ökad delaktighet? Upplevs det positivt? Ökar/minskar patientsäkerheten?		x	x	x	x	
	Förflyttning från slutenvård till öppen vård	Ordnat överförande från specialistvård till primärvård och från vård till egenvård vore värdefullt att kunna se i form av nån sorts flöde, tex hur många överföranden finns på vänt, hur många är under arbete, i hur många pågår kompetensutveckling, hur många är klara. Och gärna en uppföljning av hur det blev för patienten.					x	
		Antal besvär (diagnosgrupper eller andra besvär) som flyttas över till annan vårdnivå (sluten=>primärvård=>egenvård)					x	
		Antal slutenvårdsdygn över tid.					x	
		Gemensamma mått i regionen och kommun för att kunna följa om det är omställt? Och isf hur? Använda begreppet legitimerad personal istället för bara ssk. Mäta all HSL tid, dvs blir det en förskjutning internt i kommunen?				x		
		Vad överflyttas till kommunal primärvård? Går det att se/mäta? Hur påverkas kommunernas förflyttning i God och Nära vård av ny Socialtjänstlag exempelvis					x	

		avseende rehabilitering och förebyggandeperspektivet. Kommun eller primärvård?					
		Vilka diagnoser söker man för i primärvården (för att ha koll på överutnyttjande av vård/vart resurserna går)					x
		Ambulans. Hur många som påkallar ambulans, men som sen bedöms inte vara i behov av att åka med till sjukhus. Men den enskilde är ändå i behov av utökade både medicinska och sociala insatser. Informationsöverföring och återkoppling från ambulanspersonal till Vårdcentral.			x		x
		Inträdet till socialtjänstens biståndsbedömda äldreomsorg ska senareläggas	x				
	Rätt vårdnivå	Mångbesökare akutmottagning, hur många som besöker sjukhuset i onödan. Kan mätas utifrån triageringsfärg.			x		x
		Punktmäta hur många läggs in med ohållbar hemsituation					x
		SIMBA har i många år genomfört mätningar för rätt vårdnivå för målgrupperna i kpv. Vi kan konstatera en progress, och diskuterar nu om att styra om mätningen till andra vägen om rätt patienter skrivs ut från sjukhuset. Här skulle vi kunna behöva vara fler som tänker på vilka parametrar som skulle kunna tas med.			x		
		Utskrivningar i procent från hemtjänsten och kommunala hälso- och sjukvården.				x	
		Rätt patienter till sjukhusen/rätt remisser – antal remisser som inkommer som bedöms inte uppfylla primärvårdsuppdraget					x
	Samordning	In och utskrivning, hur många patienter, hur många återinskrivningar m.m.			x	x	x
		Utskrivningsklara – antalet framflyttade datum av sjukhus/av kommun.			x		x
		Vårdens övergångar (sjukhus-korttid/boende demens - sjukhus igen av samma skäl/vård)		x			

	Digitalisering	I de gemensamma patienterna – arbetet med dessa – hur mäter man, utvecklar man digitaliseringen, digitalisering – ett verktyg att mäta detta					x
		Hur utvecklas och kompletteras arbetet med digitala stöd i primärvården? I vilken mån påbörjas sådana insatser av regional primärvård?					x
		Kan man se över tex vilka som tex ska ha möjlighet till digital läkemedelshantering för personer som inte har HSL insats	x	x	x	x	x
		Att utreda om hjälpmedel som läkemedelsapparater, egenkontroller blodtryck mm leder till att den enskilde upplever positiva effekter av att klara sig själv; Distanskontakt/egenmonitorering har ersatt fysiskt besök (utan att vårdkvaliteten försämrats?) Eller kan detta mätas genom balanserande mått?)?	x	x	x	x	x
		Andel välfärdstekniska produkter/digitala hjälpmedel förskrivna av respektive huvudman, exempelvis läkemedelsautomater.	x	x	x	x	
		Vård i hemmet	Antal hembesök hos båda huvudmännen; andel insatser från mobila team; specialistsjukvårdens medverka i kommunal primärvård.	x	x	x	x
Kommunal primärvård	Hur många kontakter gör kommunal hälso- och sjukvård?			x	x		
	Antal HSL-uppdrag på avancerad nivå som delegeras till omvårdnadspersonal och vad annat som delegeras			x			
Resursfördelning	Förflyttning från sluten vård till öppen vård	Mätetal för att mäta om specialistvården ökar i hemmet och därmed ökat omsorgsbehov i hemmet			x		
		Följa om det blir mer SOL-insatser i hemtjänsten när specialistteam ger vård i hemmet; följa hur många extra timmar som kommunal primärvård behöver lägga i samband med besök av t ex MALT			x	x	
		Följa trycket på korttid i kommunerna				x	

		Hur många har kontaktat beredskapsjouren? Går det att få fram?					x
Kostnader		Ur ett kostnadsperspektiv – hur många ur RUB 4–5 söker direkt till akuten med/utan föregående primärvårdsbedömning?					x
		Kostnad per vårddygn per årsarbetare i kommunalt boende; följa kostnad per vårdkontakt	x				
		Följa kostnader, personalkostnader	x	x	x	x	x
		Antal beställningar på akuthjälpmiddel, mäter kostnad	x				
		Utvärdering av skatteväxling och ekonomiska modeller.				x	
		Att utreda om hjälpmedel som läkemedelsapparater, egenkontroller blodtryck mm ger pengar tillbaka i form av minskade personalresurser samt om den enskilde upplever positiva effekter av att klara sig själv		x			
		Kostnad digital utrustning (monitorering, digital tillsyn, läkemedelsautomat)	x	x	x	x	x
	Bemanning	Antal omvårdnadspersonal som vårdar patient/brukare / dygn inom äldreomsorg; Antal årsarbetande usk/ssk/arbetsterapeuter/fysioterapeut i kommunen i relation till antal invånare och inskrivna i kommunal HoS och hemtjänst; Sjuksköterskor per capita (närområde) kopplat till vårdtyngd; Läkare per capita (närområde) kopplat till vårdtyngd; Antal inskrivna, personalstat, tid per patient, hembesök, med mera; Antal patienter per fysioterapeut; Indikator på regional schablon-tid läkarmedverkan.	x		x	x	
Vårdtyngd		Indikator för att mäta vårdtyngd och vilka resurser som krävs för att garantera en god och nära vård	x		x	x	x
		Mäta KVÄ-koder. Viktigt att följa vårdtyngd och kvantitet. Antal inskrivna, personalstat, kostnader, kompetens, tid per patient, hembesök, med mera. Antal HSL-uppdrag på avancerad nivå som delegeras	x	x	x	x	

		till omvårdnadspersonal och vad annat som delegeras					
		Antal vårdkontakter per diagnos/vårdepisod?					x
	Kompetens	Kompetensnivå hos sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och omsorgspersonal, både inom äldreomsorg och funktionsnedsättning/IFO; andel specialistutbildade ssk och usk	x	x	x	x	x
		Kompetensförsörjning. Indikator som visar i vilken utsträckning uppgiftsväxling sker, d.v.s. att rätt kompetens gör rätt sak.	x	x	x	x	x
		Följer personalens kompetens det behov som utvecklas? Stämmer grundutbildningarna med behovet i verksamheterna? Stämmer kompetensen i kommunerna med behovet i verksamheterna främst sett till patientsäkerhet?	x	x	x	x	
Personcentrering	Delaktighet	Kännedom om egen vårdplan. Kvaliteten och utfallet av vårdplanen är också intressant; Hur många har en vårdplan efter behov, d v s i förhållande till en RUB-skattning? Detta kan minska belastningen på vården.	x				x
		Brukarmedverkan (personcentrering). Viktigt. Hur kan det mätas. I vilken mån behöver annan ge stöd (påverka) i brukarundersökningar (=vad säger undersökningarna utifrån brukarperspektiv egentligen)	x	x	x	x	
		Anhörigas delaktighet (möjlighet att påverka), upplevelse och perspektiv på vårdinsatser.		x			
		Andel patienter som känner sig delaktiga i sin vård.	x	x	x	x	x
		Mäta patientens tillgänglighet till sin journal via 1177					x
		Allmänt personcentrering	Följa upp personcentrerad vård		x		x
		Patienters upplevelse av samverkan mellan olika vårdgivare	x	x	x	x	x
	Trygghet	Brukarperspektivet, något som mäter trygghet;	x	x	x	x	x

		Patient/brukares upplevelse av trygghet, nöjdhet efter besök av MALT-team						
	Nöjdhet	Patientnöjdhetsundersökningar ; Andel patienter som upplever att de får den vård de behöver; Upplevd kvalitet på vården; Fråga varje patient: uppfyllde detta möte dina förväntningar? Upplevt bemötande	x	x	x	x	x	
	Kontinuitet	Fast läkarkontakt, fast vårdkontakt, fast omsorgskontakt - bör vara trygghetsskapande; läkarkontinuitet; andel patienter med fast vårdkontakt; mäta kontinuitet för läkare eller team och till fast omsorgskontakt. Det viktiga är kontinuiteten och inte att man träffar en specifik profession.	x			x	x	
Hälsofrämjande och förebyggande	Socialtjänstens förebyggande insatser riktade till äldre	Socialtjänstens förebyggande arbete riktat mot äldre, ex. äldrecoacher, fixartjänster, förebygga fallolyckor osv.	x	x		x		
	Fallskador	Förekomst av fall - bör minska - men måste vara andel eftersom antal inte blir rättvist när befolkningen ökar; antal fallskador och andra vårdrelaterade skador	x	x				
	Barn och unga	Tidiga samordnade insatser för barn och unga-			x			
		behörighet till yrkesförberedande program, koppla till VGRs styrande dokument alt prioriteringar						x
		Fullföljda studier – bra indikator – följer även psykiska hälsan i länet						x
	Folkhälsa	Indikation på faktorer som främjar folkhälsan, t.ex. livsstilsvanor, kost, motion, alkohol, droger, socialt liv, utbildningsnivå; Nytt: Mängd livskvalitet insatserna genererat, jämfört med ingen insats. Använda QUALY (quality life years)? Fåtal slumpmässigt utvalda patienter per aktör.	x	x			x	
Äldre	150 000 äldre är över 75 år – 50 000 har diagnos men de andra är friska. Den informationen kan vi ta ner per kommun. Upplevelsen är att alla kommunerna har det jobbigt men det är väldigt olika per						x	

		kommun. Det går inte att säga något generellt utan måste tas per kommun.					
		Antal genomförda hälsosamtal per år alternativt andel genomförda hälsosamtal exempelvis 70+ utan kommunala insatser.		x			
		Hur uppnår vi att personer över 75 tar ett eget ansvar och inte behöver söka vård? Hur kan vi lösa att 75 + gör detta? Hur många friska äldre har vi?					x
		En framgångsfaktor? Att veta om hur många friska äldre det finns, hur samverkan vi för att hålla alla dessa friska. Alla vårdcentraler bjuder in till detta, det är något man behöver samverka om i närområdesplanen.					x
	Funktionsstöd	Antal personer BMSS som genomför screening och kommer till årskontroller			x		
	Allmänt förebyggande	Måta förebyggande insatser; Hälsöfrämjande arbete tillsammans med god egenvård för att skjuta på behovet av kommunal primärvård;	x	x			
		Andel patienter som fått FaR. Förebyggande och hälsofrämjande.					x
		Hur mäter man förflyttningarna att gå från sjukdom till mer hälsofrämjande arbete? Hur ska kommunen få resurserna till det hälsofrämjande arbetet.				x	
Samverkan	Organisatoriska förutsättningar	Hur samverkar vi på kommunen med övrig vård så att patienten får bästa möjliga vård?	x		x	x	x
		Hur fungerar samverkan mellan vårdcentral och kommunal primärvård avseende dessa stöd? Hur upplevs dessa stöd av patient? Påverkas egenvård? Kostnader?	x				
		Vi har processtatistik på samverkan utskrivning från slutenvård. Kan vi vända på det och mäta låg inskrivning /kommun och se vilka arbetssätt som bidrar till det?			x		
		Att mäta antalet kontakter från kommunal primärvård till region. Hur många av dem gav gensvar?			x		

		Något mått som mäter vår förmåga att samverka mellan vårdgivarna, inklusive socialtjänst; Vad kan vara en indikator för samarbete? Närområdesplanen? Antal möten och samverkansinsatser mellan olika vårdprofessioner?		x			
	Informationsdelning	Antal anslutna organisationer i NPÖ					x
		Ett önskat läge är att ha en Samvy eller liknande.					x
	Avvikelser	Mäta antal avvikelser i samverkan; Fördjupad uppföljning av avvikelser i vårdsamverkan, lärandedialoger förbättringsdialoger; Följa avvikelser i samverkan gällande informationsöverföring och läkemedelsordinationer	x	x	x	x	x
	Samverkan vid vård i hemmet	Indikator för patient där slutenvård har medicinskt ansvar men patienten finns i hemmet. Genom samverkan med kommunal och regional primärvård och mobila team. Sjukhus hemma, virtuell vårdenhet					x
	SIP	Förebyggande SIP innan kontakt med specialistvård; Andel patienter med en upprättad och uppföljd SIP; Antal SIP och kvaliteten på SIP.		x	x	x	x
		Viktigt att se hur de olika delarna påverkar varandra. Kan indikatorerna lyftas i en gemensam analys kan bristen på samverkan i SIP påverka andra delar tex fler svårigheter som man hittar via BPSD			x		
		Det hade varit intressant att få med antalet SIP, om det ökar/minskar då omställningen bygger mycket på patientens delaktighet och samverkan. Antalet SIP säger dock ingenting om kvalitet el dylikt					
		Hur mäter man nyttan av en SIP, och att den håller som planerat? Hur ser en patients resa ut genom alla delar av vården? Och ger fler ”pinnar” på ett ställe färre på ett annat? SIP – hur gör vi här? Vi kan få veta hur många vi skriver in och	x	x	x	x	

		hur många som tackar nej. Säger det något?					
		Göteborg stad kan inte fortsätta som de gör gällande SIP. Det är en röra. Här kan vi börja använda SAMSA-verktyget för att plocka data.					x
	Vårdkedjan	Andel patienter som skulle haft nytta av tidigare insatser i kedjan. eller annan aktör. Fåtal Slumpmässigt utvalda patienter.					x
		Antal vårddygn utskrivningsklara patienter (SAMSA); Utskrivningsklara – antalet framflyttade datum av sjukhus/av kommun.					x
		Antal vårdgivare som patienten har som behöver samverka			x		
		Antal patienter som hamnar "mellan stolarna" mellan verksamheterna.			x		
Resultat och måluppfyllelse	Patientsäkerhet	Avvikelser kring patientsäkerhet	x	x	x	x	x
		Förekomst av vårdskador.	x	x	x	x	x
		Följa upp om beslutade insatser genomförs.		x			
	Tillgänglighet	Väntetider för att få vård.					xx
	Läkemedelsgenomgångar	Antal läkemedelsgenomgångar som är genomförda inom beslutad tidsperiod.	x	x	x		
	Hälsoreultat	Följa upp måluppfyllelse IBIC; ICF som finns som nyckeltal inom IBIC och hälso- och sjukvård		x		x	
		Andel patienter som uppnår sina vårdmål.					x
		Förbättringar i patienters hälsotillstånd över tid.					x
		PROMs från kvalitetsregister (vissa finns med under övriga indikatorer på Socialstyrelsen)					x
	Effektivitet	Cykeltid från besvär till stabilt tillstånd (ev. med behandling). Fåtal Slumpmässigt utvalda patienter; Genomloppshastighet. Indikator för genomloppshastighet, slutenvård & amp; öppenvård. Borde vara intressant ur ett effektivitetsperspektiv vilket också indikerar grad av tillgänglig vård.					x

	Hållbarhet	Hållbarhetsmått. Social, Miljö, Ekonomi - hållbarhet för varje människa och för vår planet.					x
	Medarbetarengagemang	Ökat engagemang hos medarbetare				x	
	Tillgänglighet	Antal besök, inklusive digitala och fysiska besök, på både kommunal och regional primärvård alt per capita; antal besök per år för patienter med samsjuklighet.		x		x	
		Upplevd tillgänglighet		x			x
		Väntetider för att få vård.					
Generellt om uppföljning av omställningen	Uppföljningsmodellen	Gemensam uppsättning indikatorer som ska gälla för samtliga vårdssamverkansorganisationer inom VGR, såsom exempelvis (DRNV-perspektiv) SAMLA, SIMBA, Kommun och sjukvård i Göteborgsområdet, Vårdssamverkan Fyrbodan, etc.					x
		Vi ingår i ett större system. Det kan vara viktigt att vi kan jämföra oss med andra regioner. Data som ska rapporteras till exempelvis Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten behöver "synkas" med de indikatorer som vi använder, annars blir vi helt översköljda med indikatorer.					x
		Gemensamma måttetal /indikatorer med regionen	x	x	x	x	
		Att i närområdesplanen ha fem gemensamma nyckeltal.					x
		Nyckeltal från En samlad SAMSA-uppföljning.					x
		Viktigt att inte ha för många nyckeltal. Göra analys av vilka nyckeltal som visar att vi jobbar med sammanhållen vård; från politiken vill man ha 6–8 indikatorer utifrån kvalitet och kostnad.			x	x	x
		Indikatoruppföljning förflyttning. Inte för många indikatorer, enkla att ta ut, tydlig koppling till mål i färdplanen. Utfall bör kunna avläsas mer i närtid, tex varje halvår och inte 1,5 år efteråt. Se över hur patientenkät kan utvecklas o förbättras. Skillnad på indikatorer för förflyttning och					x

		separata studier/utvärdering för verksamhetsutveckling.					
		Äldremottagning (från 2026 ska man ha det). På patientnivå kan det finnas ett antal indikatorer: Registrera BMI, fallrisk, undernäring. Vad säger det om samverkan och nära vård? Det säger ingenting om förflyttningen till Nära vård.					x
		Tänker att vi har så många nyckeltal att ta till redan så nya kanske är onödigt. Gräv där du står och få det att fungera		x			
		Inventera vad vi vet om varandras verksamheter		x			
		Vi håller med om att de är de sex områdena som man vill följa som hade behövt mäta			x		
		Viktigt att ha med den nya socialtjänstlagen och se helheten, inte se det som parallella processer utan att få det att hänga ihop på något sätt. Finns det nyckeltal som skulle kunna vara användbara för bägge?			x		
		Börja med att visa till vad som skett i omställningen från att vi började till idag.					x
		Alla (skr, soc styrelsen, regionen, kommuner) ha samma nyckeltal – allt annat ineffektivt; vi måste kunna jämföra över hela landet.					x
		Vi har indikatorer som följer en utveckling men när vi sedan vill ha en analys saknar vi information. Att man redan innan tänker på vad man behöver framåt. Alla 49 kommuner ska ges en miniminivå i sina respektive system, vad ni ska registrera och kunna svara på.					x
		Varför mäter vi 65 år och äldre, borde höjas.				x	
		Hade varit bättre att mäta utifrån en specifik journaltext.					x