

# Rapport workshop Nära vård

## Bollebygd 2025-09-01



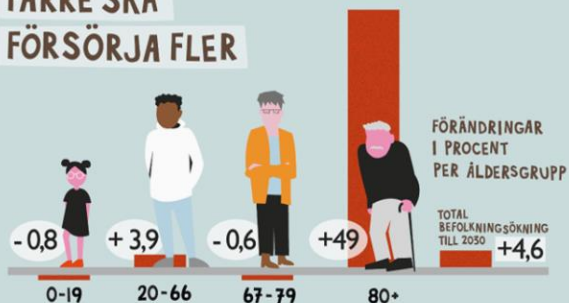
**Närvårdssamverkan**  
Södra Älvsborg

# Omställningen



# Nära Vård - varför

FÄRRE SKA  
FÖRSÖRJA FLER



FÖRÄNDRADE  
BEHOV

VARFÖR  
STÄLLER VI OM  
TILL  
NÄRA VÅRD?



DIGITALISERING FÖRÄNDRAR BETEENDEN

JÄMLIK HÄLSA



# Fokusområden beslutade 241206



Nära vård

Personcentrerat arbetssätt

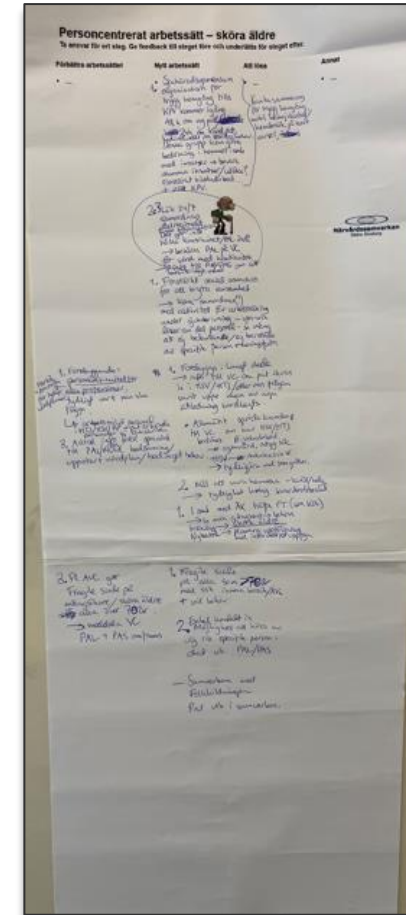
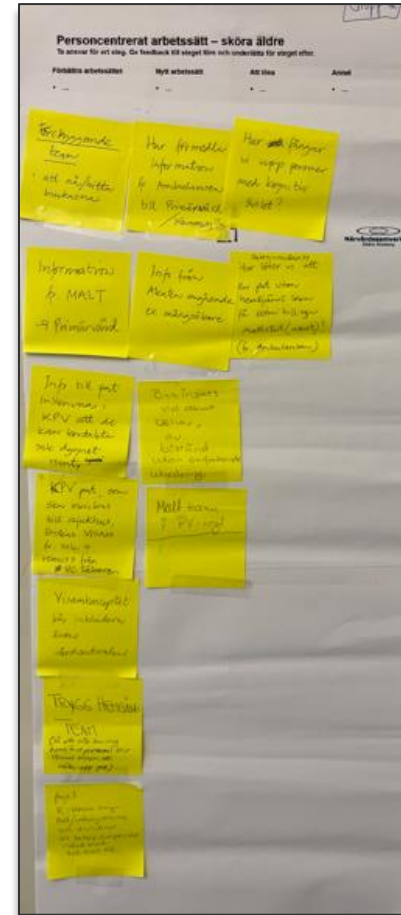
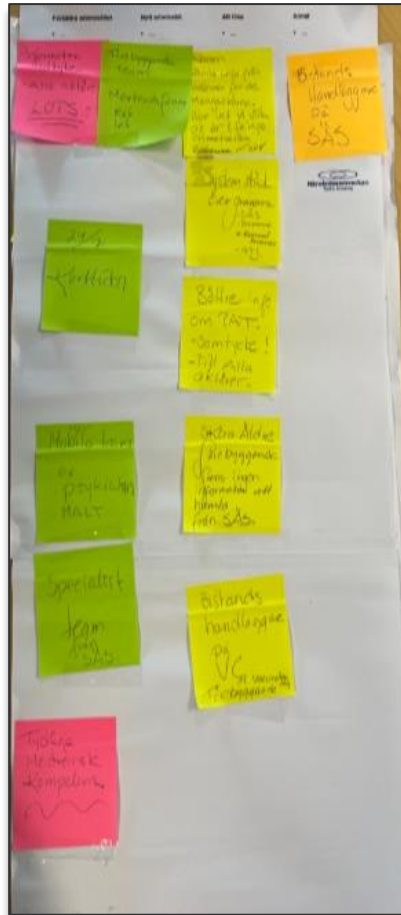
Beslutsunderlag Nära Vård

# Utfallet – lokalt

Citat och sammanställning utan  
värdering



# Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL



# Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

## Förbättra arbetssättet – Grupp 1 - chefer

- Informationsutbyte där alla aktörer behöver veta vad som sker. En lots eller vart skall man vända sig någonstans och många vet ej vart man skall börja. Krävs marknadsföring såväl internt som externt.
- Förebyggande team är viktiga för att informera ute bland invånare. Krävs också viss marknadsföring i samhället.
- Akuten behöver tydliggöra hur statistiken kring mångsökare kan tydliggöras och delas med vårdgrannar.
- Utökat systemstöd för att hitta mångsökare efterfrågas som stöd i arbetet framåt.
- Patienten behöver göra klart kring samtycke till alla aktörer.
- Mobila team inklusive specialistteam behöver bli fler för att göra rätt från första början. Del i hur specialistvård kan göra mer för att stödja den primära vården som nav.
- Spännande med biståndshandläggare inom specialistvården för att få bättre flöde för såväl vårdgivare som enskild individ.
- I nuläget är det svårt att få ut information om vem mångsökaren är – hur ofta får man en remiss från akutmottagningen där ofta sökande identifieras med tillhörande frågeställning och information i retur. Identifieras sköra äldre ur ett helhetsperspektiv utan fokus på medicinsk åkomma behöver även kommunal primär vård få information – kan ej göras via remiss.
- Försöka ha biståndshandläggare vid ex. vaccinationsdagar för att nå så många som möjligt. En del i att sänka tröskeln enligt den nya socialtjänstlagen.
- Tydlig medicinsk kompetens där stöttande specialistvård finns tillgänglig för att kunna bedriva vård i hemmet.



# Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

## Förbättra arbetssättet – Grupp 2

- Förebyggande team som finns etablerat behöver utveckla hur man finner de som är i behov.
- Information och utökat samarbete med MALT vilka man besökt och vad som är gjort – skriver remiss i dagsläget till vårdcentralen. Finns ett stort värde att få information om vart man skall lägga fokus som primär vård.
- Information till patient inskrivna i kommunal primärvård att de kan ringa sjuksköterska dygnet runt – detta för att undvika akutbesök på ex. sjukhuset.
- När kommunal primärvård skickar in en patient till akuten (ViSam) behöver även en medicinskt ställd remiss skickas till akutläkaren för rätt vård och insats samt om begränsningar finns. Viktigt att arbetssättet finns etablerat och är väl känt hos berörda.
- Nyttan som är tydlig för en instans är viktig att ha med i dialog med vårdgrannar – en förutsättning för förståelse.
- Inför besök på akuten för bedömning skulle distriktsläkaren kunna ringa MALT för att resonera för eventuell subakut tid snarare än akutbesök.
- Trygg hemgång finns en i Bollebygds kommun. Bra om det hade funnits för ett gott mottagande när väl patienten kommer hem. Teamet som en gång skapades togs bort då en resurs i stort sett väntade på insats men som inte alltid nyttjades fullt ut – resursfrågan hamnade i fokus.



# Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

## Förbättra arbetssättet – Grupp 3

- Förbättra den uppsökande verksamheten.
- Billigare tandvård när man har mycket vård – att informera om redan vid uppsökande verksamhet.
- Kunna boka liggande transport från korttiden till eget boende – måste göras genom chef i dagsläget.
- Tydligare vårdplaner som behöver vara uppdaterade – ex. palliativa vårdplaner och medicinska vårdplaner från läkare.
- Fortsätt med den förebyggande vården där biståndshandläggare och primärvård arbetar ihop.
- Bra om biståndshandläggare har beredskapstid för att kunna ta ärenden utöver kontorstid.
- MALT behöver utökas till dygnet runt.
- Involvera tandvården i uppsökande verksamhet.
- Att SAMSA uppdateras med tandvårdkort – saknas i dagsläget.
- Att kommunal primär vård har egen läkare.
- Involvera olika trossamfund för att få stöd.
- Folktandvård behöver kunna åka ut till hemmen för att arbeta förebyggande.
- Fler SIP i samverkan.



# Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

## Förbättra arbetssättet – Grupp 4

- Trygg hemgång och hade en fundering om man hade en egen organisation för att jobba med det som ej är planerat i syfte att inte störa det oplanerade. I början när man kommer hem från sjukhus men sedan även övriga fall på kort varsel. Målet är 24/7 – trygg hemma är vad man siktar på för att slippa åka iväg. Vi vet att det kommer ske oplanerat men inte när.
- Ensamhetsproblematik löses genom utökad social möjlighet med aktiviteter – att ex. använda sig av kraften hos personer som skall åter i arbete.
- Förebyggande – kontinuitet så gott det går oavsett yrkesprofession med målet att kunna lägga en plan med tillhörande tidigare kännedom för att förhindra i tidigt skede.
- Skapa ökad kännedom om egenvård.
- Noga planering vid en uttalad skör patient – dokumentera väl och rapportera till varandra.
- Att arbeta mer proaktivt och årskontroller – identifiera en skör patient genom läkare som sedan får ta vägen genom arbetsterapeut för bedömning av gång, fall, med mera.
- CFS – kan göras på AVC. Meddela vårdcentralen så att de kan vara medvetna om detta. Kan även göras av vårdcentralen för att förebygga.
- Tydliggöra vilken kontaktväg man har för att få en enkel kontaktväg beroende på vilken nivå som behövs i det unika fallet.
- Samverkan med Folkbildningen pågår och skall utvärderas. Pilotprojekt inom Chalmers som berör dels levnadsvanor men även första steget i psykisk ohälsa och smärta som ingår.



Sammanfattning och  
gruppering av  
workshopens förslag  
som underlag för fortsatt  
arbete



# Invånarperspektiv och tillgänglighet

## Samtycke

- Samverkan kring enskilda individer kan ur ett juridiskt perspektiv vara utmanande. Genom att efterfråga samtycke från patienten genom att delge information till vårdgrannar är sekretessfrågan omhändertagen.

## Kontinuitet

- Namngiven sjuksköterska (ex. äldre-sjuksköterskan) är värdefull för målgruppen. I synnerhet de med många vårdkontakter.
- Del i den primära vården som nav med tillhörande lots.
- Noga planering vid en uttalad skör patient – dokumentera väl och rapportera till varandra.
- Att arbeta mer proaktivt med [ex. årskontroller](#). Teamarbete för att identifiera skör patient med uppföljande insatser [enligt den primära vården som nav](#).

## Trygg hemgång

- Konceptet [trygg hemgång](#) efterfrågas för ett gott mottagande för patienten vid hemkomst.
- För att säkerställa omvårdnadsbehov och rehabiliterade åtgärder i syfte att skapa en trygg situation i hemmet.
- Arbetssättet ökar självständighet och minskar omvårdnadsbehov och risken för återinläggning. Behovet upplevs inte tillgodoses fullt ut med dagens organisation och förutsättningar. Hemtjänstens utmaningar styrks av [forskning](#).

*Viktigt – omhändertagande av patient enligt ovan skapar i förlängningen tillgänglighet.*

# Förebyggande arbete och uppsökande verksamhet

## Förebyggande team

- Det förebyggande teamet arbete behöver utvecklas. Grunden ligger i ett nära samarbete mellan biståndshandläggare, äldre-sjuksköterska samt arbetsterapeut (regional). Utifrån målgruppen behövs ett fortsatt utvecklingsarbete där folkhälsa, civilsamhälle och tandvård inkluderas.
- Syftet med [förebyggande team](#) är att förstärka personens egna resurser för att bibehålla hälsa och självständighet. Detta bör göras i samarbete med folkhälsa och civilsamhälle.
- Genom att ha biståndshandläggare på vårdcentralen når man fler invånare i tidigt skede och ökar tillgängligheten.

## Folkhälsa och civilsamhälle

- Insatser gällande äldre (ej biståndsbedömda) behöver i allmänhet utvecklas både i kommunal regi samt i samarbete med civilsamhället (*ex. i det förebyggande arbetet att motverka ensamhet*).
- Förflyttningen från dagens vård- och omsorgsbehövande population kommer över tid att kräva än mer samarbete med civilsamhället i sin helhet. Föreningar, trossamfund med flera, en del i att klara av framtidens utmaningar. Hur utvecklas detta samarbete framöver?

## Tandvård

- Det bör etableras en koppling mellan förebyggande team och tandvård då äldre trots påtagligt behov ofta tenderar bli sällansökare inom tandvården. Mångsökare på vårdcentral och akuten behöver fortsatt utredas för att dra slutsatser om det är motsvarande sällansökare inom tandvården.

*Viktigt – samarbetet mellan förebyggande team, folkhälsa, civilsamhälle och tandvård etableras.*

# Samordning och informationsutbyte mellan aktörer

## Samordning

- I syfte att kunna delge varandra information föreslås att daglig avstämning upprättas.
- Inom ramen för de dagliga avstämningarna avhandlas bland annat vad som skett sedan dagen före, dvs utanför kontorstid utifrån de invånare som behöver stöd efter inhämtat samtycke från dessa.
- Navet i den dagliga avstämningen är vårdcentralen med tillhörande äldre-sjuksköterska (lots) där biståndshandläggare är en viktig och naturlig samarbetspartner. Kommunal primär vård bör ingå då de är en samarbetspartner för del av de invånare som är aktuella.
- SIP i de fall där behov framkommer genom samarbete ovan.

## Grundprincip

- Grundprincipen - nytta som är tydlig för en instans är viktig att ha med i dialog med vårdgrannar för att underlätta för nästa steg (ex. när kommunal primärvård skickar in en patient till akuten, [ViSam](#), behöver även en medicinskt ställd remiss skickas till akutläkaren för rätt vård och insats samt om begränsningar finns).
- I det dagliga arbetet är [CFS-bedömning](#) och uppdaterade vårdplaner centralt för samverkan med vårdgrannar för ett personcentrerat arbetssätt.

## Systemstöd

- Mångsökare som identifierats utifrån besöksstatistik från akuten och vårdcentralerna kräver systemstöd (*påbörjat inom regionen*).
- Ärenden som hanterats genom ambulans och MALT bör finnas med i den dagliga avstämningen och dialogen (*information via SAMSA ingår i parallellarbete inom Närvårdssamverkan*).

*Viktigt - respektive verksamhet har till ansvar att ha kända rutiner för utökade insatser utanför kontorstid. Rutinerna skall innefatta hur informationen förmedlas för daglig dialog enligt ovan. Den primära vården som nav.*

# Specialiststöd till den primära vården

## Mobila team och tillgänglighet

- De befintliga mobila team som finns etablerat inom den specialiserade vården behöver fortsatt, och i samarbete med den primära vården, definieras gällande uttalad efterfrågan. Såväl volym och tillgänglighet under dygnets timmar samt innehåll.
- Den mobila vården, definierad i [Modell för mobilt vårdutbud i Västra Götalandsregionen](#), tydliggöra vad som skall utvecklas inom:
  1. Modell A - Mobil vård som utförs inom ramen för regional primärvård, genom vårdval
  2. Modell B - Mobil vård som utförs i mellanrummet mellan regional primärvård och specialiserad vård
  3. Modell C - Modell C utgår från den specialiserade vårdens uppdrag och utformningen inom olika specifika vårdområden kan anpassas utifrån det specifika vårdområdets behov och lokala förutsättningar

Modell A, dvs den mobila primära vården dygnets alla timmar, behöver prioriteras och tydliggöras. Skall en primärvårdsläkare kunna göra hembesök dygnets alla timmar?

Modell B (MALT finns i mellanrummet) och C kompletterar modell A så snart frågan ovan är omhändertagen.

## Tillgänglighet

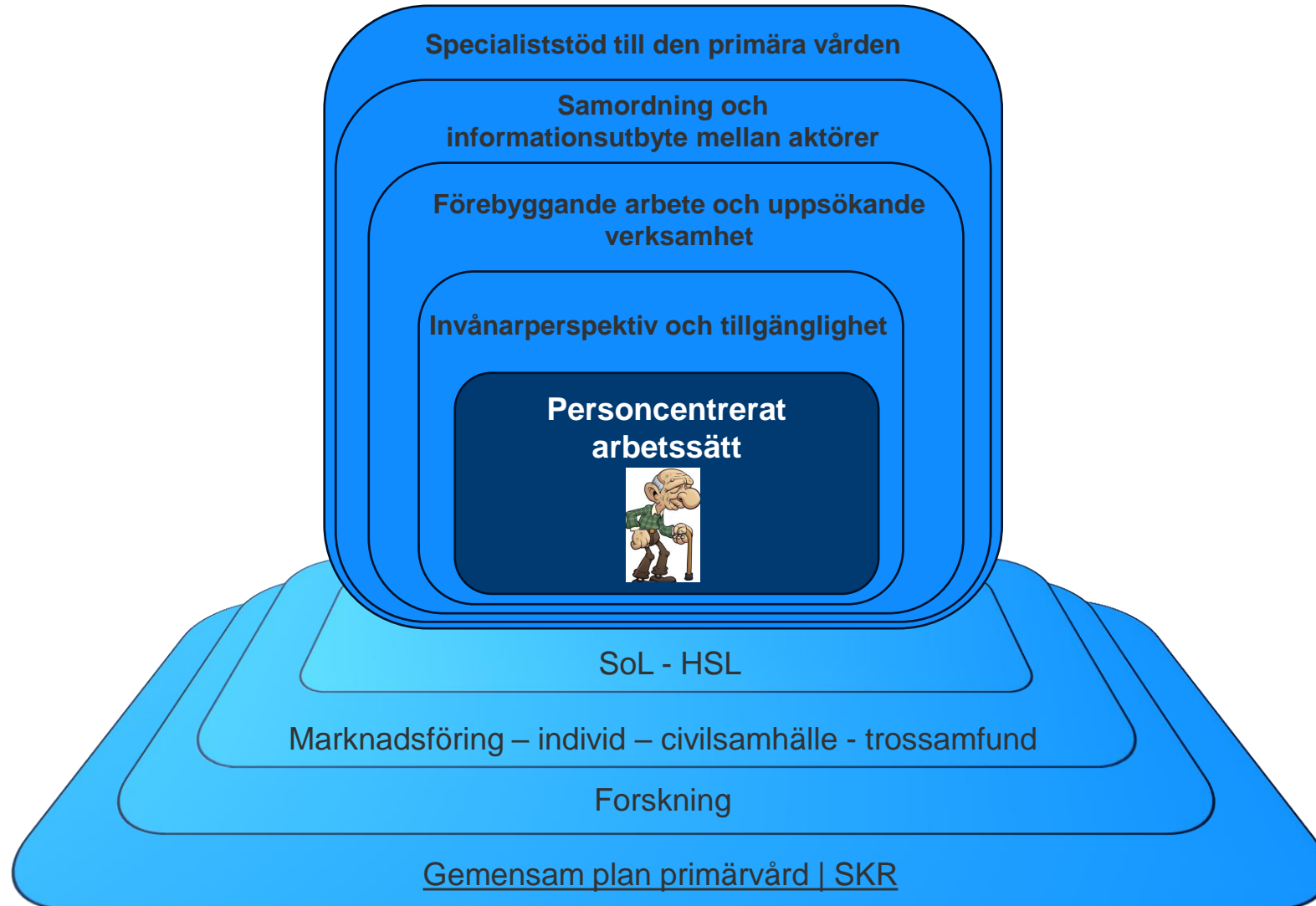
- Efterfrågan gällande tillgänglighet att kontakta specialistläkare utifrån råd för fortsatt behandling eller ställningstagande till sjukhusvård. Utvecklingsarbete pågår inom ramen för innovationsprojektet som syftar till [effektiva kontaktvägar mellan vårdgivare](#) och då med fokus på läkare som skall nå läkare.

## Medicinska vårdplaner

- Medicinska vårdplaner för patienter från specialistvården behövs. Till exempel hjärtsvikt, KOL med mera där den medicinska planen ligger till grund för optimal egenvård samt underlag för de patienter som är inskrivna i den kommunala primära vården med målet att kunna bedriva vården hemma.

*Viktigt – tillgänglighet till läkarkompetens i hemmet dygnets alla timmar behöver lösas ut.*

## 4 områden att arbeta vidare med



Processledarnas  
diskussion – koppling  
mellan forskning, SKR,  
myndigheten för vård- och  
omsorgsanalys samt input  
per geografiskt område



# Diskussion

**Workshopen** har ägt rum enligt [beslut](#) i Närvårdssamverkan där processledarna föreslagit fokus på följande beslutade områden som samtliga berörts via deltagarna:

- Förändrade arbetssätt - Att vidareutveckla gemensamma och samverkande arbetssätt, där vi utgår från invånarnas behov och där den primära vården är navet som skall gå jämna steg med socialtjänsten.
- Tillgänglighet dygnets alla timmar - Att vård och omsorg ska kunna fungera optimalt dygnets alla timmar och för att omsorgen skall fungera optimalt vilket kräver förändrade arbetssätt förslagna i rapporten.
- Kommunikation - Att på lokal nivå göra omställningen till Nära vård känd hos medarbetarna samt vidta åtgärder som gör skillnad lokalt och samstämmer med nationella beslut.

**Närvaron** på workshop gällande målgruppen skör äldre, med utgångspunkt från [färdplan](#) samt [aktivitetsplan](#), är god och de yrkesprofessioner som förväntas närvara gör så (*saknas på mötet är habilitering och hälsa samt brukarrepresentant*). Brukarrepresentant medverkar ej men målgruppen har på nationell nivå delgivit sin syn på vad trygghet innebär och sammanställt av Socialstyrelsen.

**Bollebygd** är en av de kommuner som har goda förutsättningar för samverkan och det baseras på att det bland annat finns en vårdcentral, folktandvård, uttalad närhet till varandra och socialtjänst såväl som hälso- och sjukvård utgår mer eller mindre från samma ställe dvs centrala Bollebygd. Den generella uppfattningen verkar vara att samverkan är god.

Forts.

# Diskussion - fortsättning

**Flertal förslag** kräver fortsatt arbete där förutsättningar för exempelvis åtgärder för utökade insatser dygnet runt behöver definieras (hur löser man tiden utanför kontorstid). Det stöd som efterfrågas från den specialiserade vården behöver även den ytterligare beskrivas för att efter avrapportering i december 2025 fortsätta i beslutad process. Ytterligare fokus är att än mer beskriva den förebyggande verksamheten där bland annat folktandvård och habilitering och hälsa har en viktig roll samt civilsamhället i det längre perspektivet.

**Bollebygd** beskrivs av deltagare som en kommun där det blir fler äldre men klart färre som bor kvar hemma länge och säljer i stor utsträckning sina hus för att flytta mer centralt. En god förutsättning för att kunna se vem/vilka som är i förebyggande behov.

**Ur ett förebyggande perspektiv** kommer även civilsamhället, föreningar och trossamfund med fler att bli viktiga aktörer inom ramen för hållbarhet och förebyggande förhållningssätt. Att arbeta förebyggande och agera tidigt skapar utrymme bland annat genom färre mångsökare. Vikten av sammanhållen förebyggande vård, med målet att hindra tidigt behov av vård och omsorg, beskrivs närmre i [potentialerna i Nära vård](#) där "transformation av traditionella förhållningssätt och arbetssätt – och nya sätt att leda, styra och följa upp vården och omsorgen" fördjupas. Effektmål över längre tidsperspektiv kommer bli viktigt för politiken att systematiskt följa upp.

# Slutord

**Med fortsatt arbete**, och då med utgångspunkt från påbörjad workshop, behöver flertal HUR-frågor adresseras och omhändertas. Varje chef, oavsett nivå, har till ansvar att skapa förutsättningarna (vikten av chefers ledning och skapande av förutsättningar samt vinster genom forskning beskrivs närmre i [personcentrerat arbetssätt](#)). Parallellt med fortsatt arbete inom Bollebygd, byggs arbetet på med kommande workshops i samtliga kommuner för sammanställning och konkreta förslag för styrgrupp och politik att fatta beslut om innan utgången av 2025.

Målet är att med arbetet inom varje kommun docka an till de rapporter som inkommit under våren 2025 genom SKR och [Myndigheten för vård- och omsorgsanalys](#), och där man på nationell nivå fortsatt rekommenderar att:

- ✓ Utveckla den statliga styrningen av omställningen.
- ✓ Säkerställ en tydligare och mer samordnad styrning från nationell till regional och kommunal nivå.
- ✓ Stärk primärvårdens förutsättningar.
- ✓ Stärk uppföljningen av primärvården och omställningen.

På lokal och nationell nivå fortsatt arbeta för:

- ✓ Patienternas perspektiv – lokala förslag i Bollebygd baserat på lokala förutsättningar
- ✓ De yrkesverksammans perspektiv (ex. tillitsbaserad styrning inom äldreomsorg) – lokala och delregionalt
- ✓ Vårdsystemets perspektiv – utfallet av förslag i Bollebygd med målet att uppnå den primära vården som nav enligt diskussionens inledning.

# Deltagarnas tre ord om dagens workshop



# Länkar



**Närvårdssamverkan**  
Södra Älvsborg

- [Nära vård](#) - film
- [Personcentrerat arbetssätt](#) - film
- [Beslutsunderlag Nära Vård](#)
- [Färdplan](#)
- [Aktivitetsplan](#)
- [Sköra Äldre – CFS](#)
- [Att styra för nära vård – effektstyrning](#)
- [Tid för tillit? Om styrning, kontroll och inflytande i äldreomsorgen](#)
- [Omtag för omställning | Vård- och omsorgsanalys](#)
- [Nya socialtjänstlagen](#)
- [Primärvård - inkluderar målet för ersättningsmodell](#)
- [Gemensam plan primärvård | SKR](#)
- [Modell för mobilt vårdutbud i Västra Götalandsregionen.pdf](#)
- [Mobil närvård - Vårdsamverkan i Västra Götaland](#)
- [Trygg hemgång](#)
- [Specialiserad vård i hemmet](#)
- [Potentialerna i Nara vard 250326.pdf](#)
- [Borgholmsmodellen](#)
- [Äldrevårdsmottagningar i Region Östergötland – forskning och praktisk vardag](#)
- [Blankett för Pastel 2.0](#)



Ett stort tack till ert deltagande.

Lycka till med ert fortsatta arbete.

Med vänliga hälsningar processledarna  
Anna-Lena Ingelhag, Catarihna Petersson  
och Marko Anttila



**Närvårdssamverkan**  
Södra Älvsborg