

Rapport workshop

Nära vård

Borås 2025-10-21

Borås 2025-10-22

Borås 2025-11-11

Borås 2025-11-12



Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

Innehållsförteckning:

- Omställningen
- Utfallet – lokalt
- Sammanfattning och gruppering
- Diskussion och slutord
- Länkar

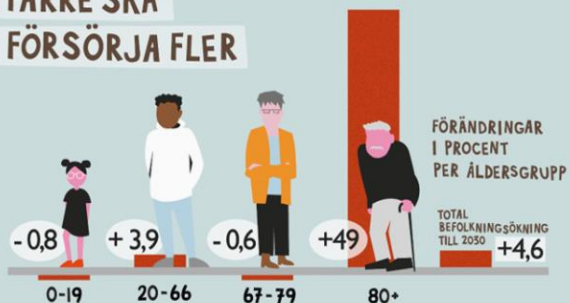


Omställningen



Nära Vård - varför

FÄRRE SKA
FÖRSÖRJA FLER



VARFÖR
STÄLLER VI OM
TILL
NÄRA VÅRD?

FÖRÄNDRADE
BEHOV



DIGITALISERING FÖRÄNDRAR BETEENDEN

JÄMLIK HÄLSA



Fokusområden beslutade 241206



Den primära vården som nav – 24/7 – förändrade arbetssätt

Nära vård

Personcentrerat arbetssätt

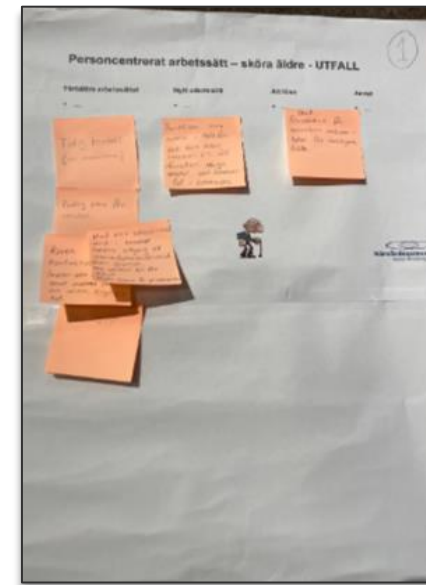
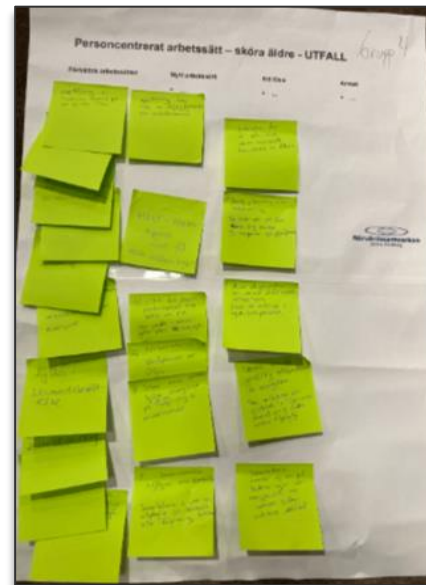
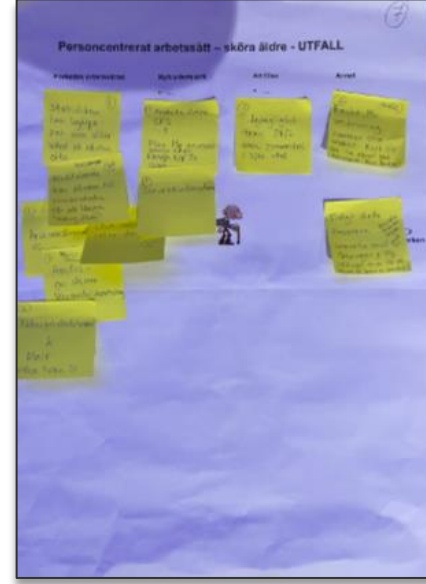
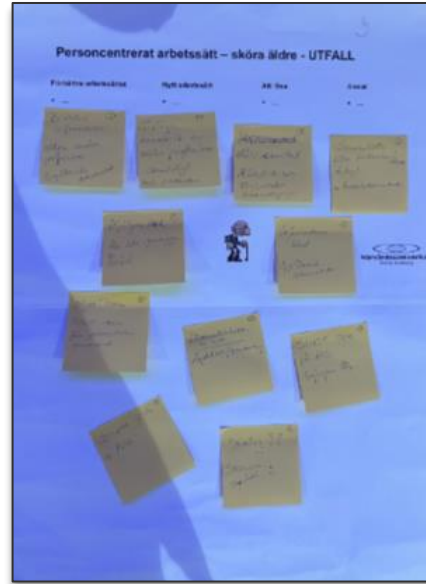
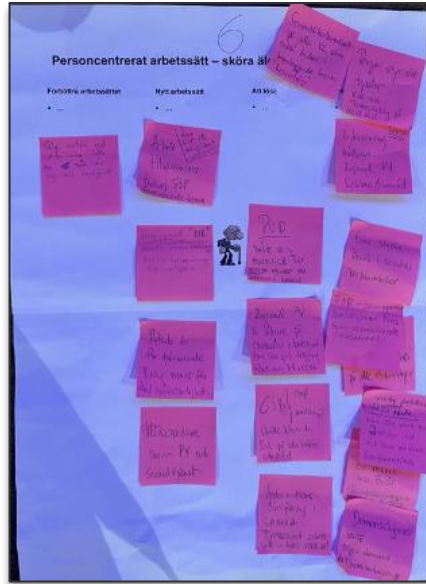
Beslutsunderlag Nära Vård

Utfallet – lokalt

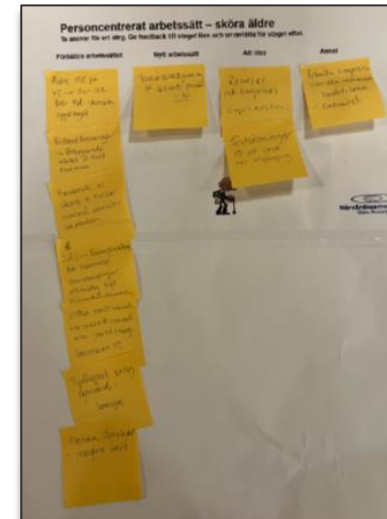
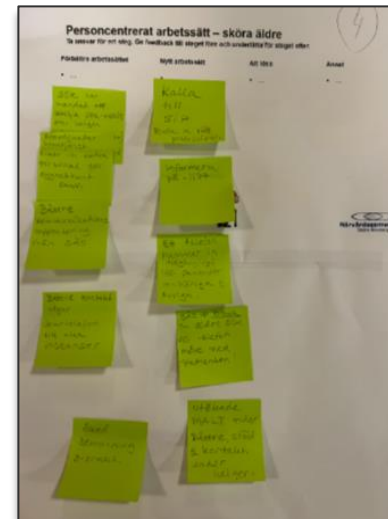
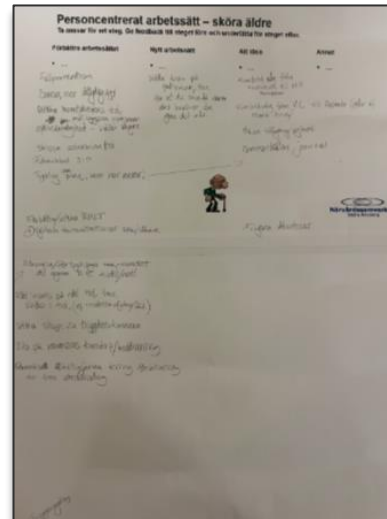
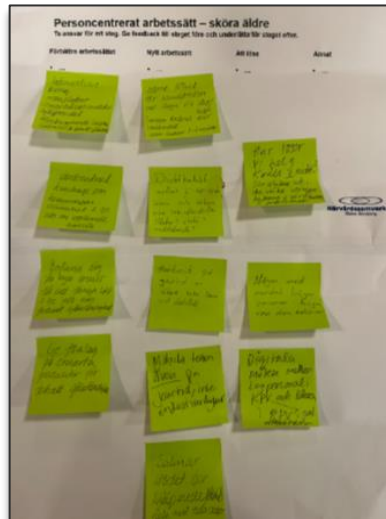
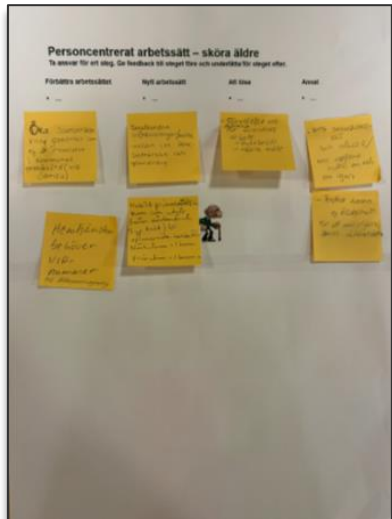
Citat och sammanställning utan
värdering



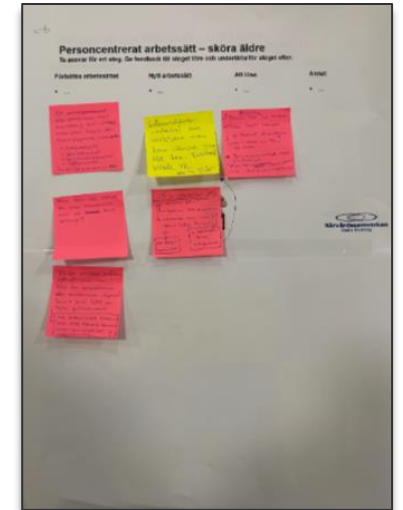
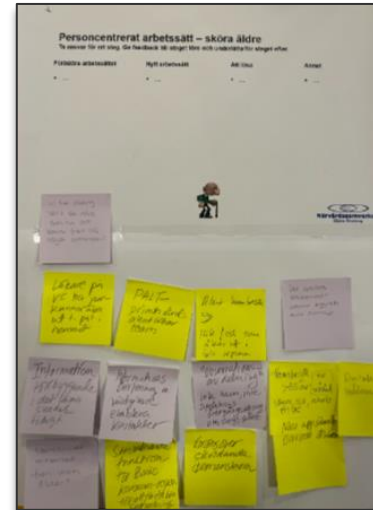
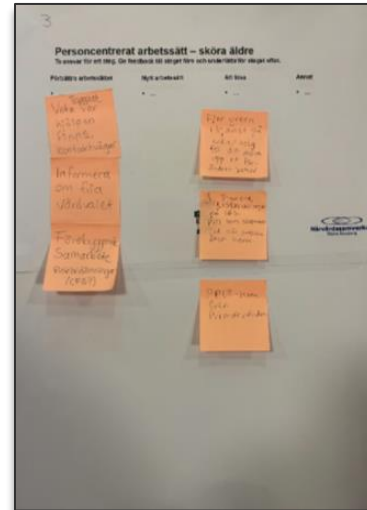
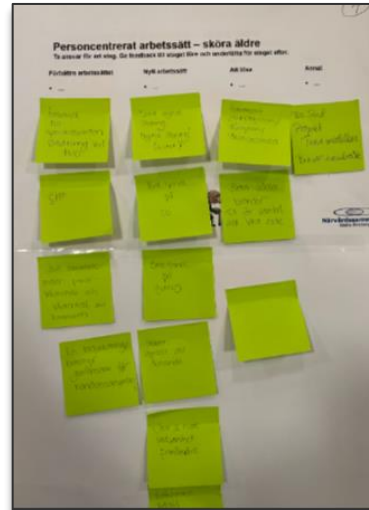
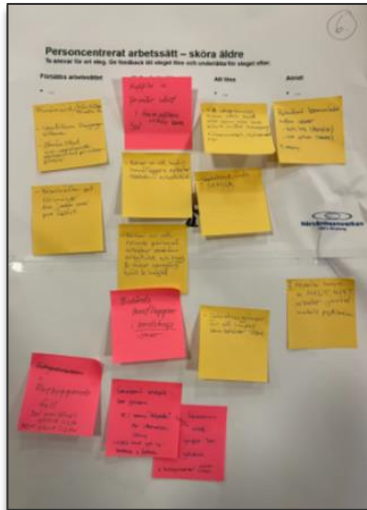
Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL



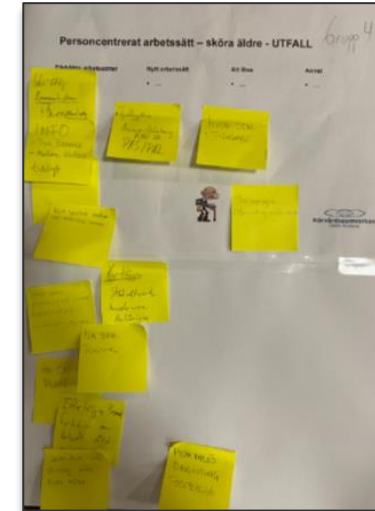
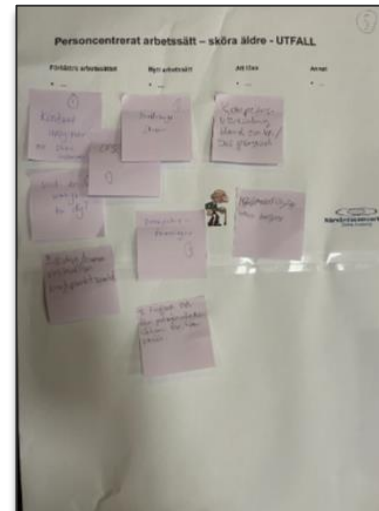
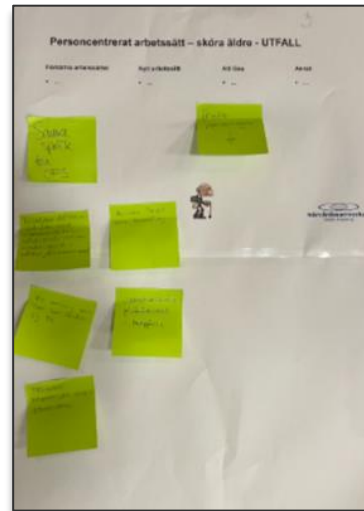
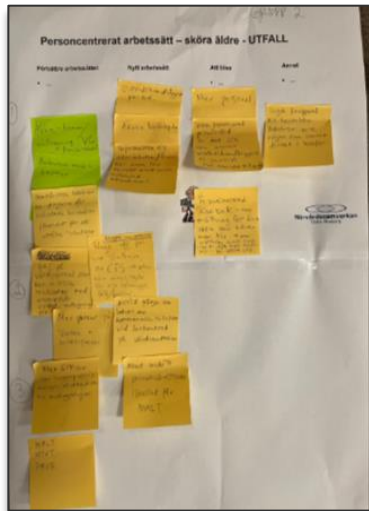
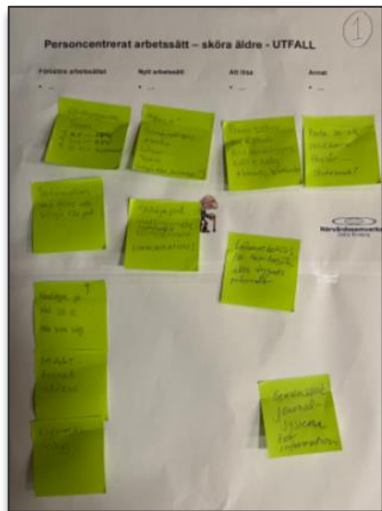
Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 1

- Förbättra och påbörja förebyggande team – ta med arbetsterapeut, fysioterapeut och biståndshandläggare med ut med fokus på CFS.
- Informera vad som finns i kommunen att erbjuda den äldre individen.
- Skicka ut information om vad som finns att tillgå på rehab – vårdcentral med mera och det genom biståndshandläggare. Dela med sig av information i ett proaktivt syfte.
- Biståndshandläggare på såväl akuten och vårdcentral för att möta individer tidigt och det kombineras med information enligt ovan i tidigt skede.
- MALT-team finns men bör kunna utökas för att möta fler tillsammans med den primära vården.
- Egenvårdsintyg kan förbättras vid hemgång från specialistvård och säkerställ att man kan hantera det som skall skötas själv.
- PALT-team skulle vara bra och bör kunna utgå ifrån jourcentralen och kombineras med MALT enligt ovan.
- Hemtjänstkoordinatorer, bistånd med fler bör synka sina tider över veckan med målet att kunna verkställa. Även rehab inkluderas.
- Läkare behövs för hembesök på dygnets alla timmar och hänger ihop med såväl MALT som PALT.
- Verksamheten behöver beskrivas för politiken för att få insyn i de beslut som behövs för att driva den nära vården framåt. Det framförs även att det är positivt om politiken närvarar i verksamheten på motsvarande studiebesök för mer insyn.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 2

- Äldre-team och äldre-mottagning på vårdcentral i syftet att arbeta mer förebyggande genom formulär med mera.
- Screena tidigt enligt punkt ovan för att identifiera rehab behov.
- Hemtjänsten behöver utrymme för oväntade händelser och mer mandat att inom ramen för förtroende driva igenom beslut som följs upp av biståndshandläggare.
- PALT-team bör drivas då vårdnivån ofta är på primärvårdsnivå.
- Fler SIP behöver genomföras där så behövs för att motverka motarbete och uppmuntra samarbete.
- Biståndshandläggare på jourtid och till det akuta korttidsplatser vid behov. Mer mandat efterfrågas efter att planerar gått hem med mera utanför kontorstid – mandatet finns etablerat enligt delegationsordningen men utrymmet i form av tid saknas ofta.
- Det bör finnas ett telefonnummer utan knappval där en telefonist svarar som guidar vidare – flertal kan inte hantera knappvalen.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 3

- Relativt få lappar i gruppen men bra dialoger.
- Viktigt att tala samma språk gällande sköra äldre och därav vikten av att använda CFS som bas. Implementera CFS för att skapa samsyn.
- Tandvården är viktiga för att identifiera svårigheten när man inte besöker tandvården. När en individ glesar ut sina besök uppmärksammas det men kontaktvägarna behöver göras tydliga för att sätta in rätt insatser. Det krävs samtycke för att kunna ta informationen vidare.
- Kontaktvägar finns genom SAMSA men det blir klart att samtliga inte är med i arbetet och tandvården nämns som i dagsläget inte inkluderas. Använd
- Det nämns vikten av att skapa kontaktvägar för att kunna nå varandra så lätt som möjligt.
- Vikten av kontaktperson nämns som en del i trygghet. Den inskrivna patienten har ofta en kontaktperson men det gäller även de som ännu inte är i behov av vård och omsorg.
- Tydlig information vid utskrivning nämns och vikten av detta vid hemgång.
- Kontaktvägar är viktigast enligt gruppen.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 4

- Samtliga vårdgivaren perspektiv nämns där screening är av stor vikt och behöver göras bättre. Ett arbetssätt behöver förtydligas.
- Tillgänglighet och nåbarhet behöver konkretiseras där digitala kanaler nämns regelbundet men för målgruppen som är aktuell kan det i många fall vara en otillgänglighet. Kontaktperson är av stor vikt då det på många primärvårdsenheter saknar en kontaktperson.
- Tydlighet och ökad delaktighet och inte minst vid utskrivning av patienter där för många patienter inte varit delaktiga i sina egna utskrivningar från sjukhuset. Informationen skall följa med patienten – ofta klart vad man fått vård för men ofta saknas kontaktuppgifter vart man vänder sig vid "reklamation" dvs när det inte faller ut väl när man väl är hemma.
- Vilka stödnätverk finns för anhöriga till den sköra äldre – behöver tydliggöras genom kartläggning.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 5

- Pratad mycket men kanske inte skrivit så mycket.
- Kontaktuppgifter mellan vårdgivare behöver fortsätta utvecklas över tid.
- Delaktigheten från patienten är viktig för att arbeta hälsofrämjande.
- CFS-skalan pratas mycket om men för få använder sig av den – behöver börja användas och oavsett skattningsskala som används behöver samsyn gälla kring
- Pensionärsråd och frivilligorganisationer behöver bjudas in för dialog om vad de har att erbjuda målgruppen samt anhöriga.
- PALT behöver aktiveras för att följa upp en utskrivning där ex. bland annat ett brytpunktssamtal ägt rum men löper ut efter sju dygn (rör sig om ett missförstånd enligt input i frågan på sittande möte – det råder oklarhet om det finns juridiskt stöd eller om det är geografiska rutiner som skapats).
- Kompetensen nämns där många hälso- och sjukvårdsinsatser är mer utmanande och därmed ligger kvar på sjuksköterskor och resursen för detta är utmanande.
- Hjälpmedelsförskrivning behöver utvecklas på helger för att möta behoven och till detta nämns samordning av förråden.
- Om läkaren får ett samtal från hemsjukvården är det viktigt att läkare i primärvården har insyn ibland annat ViSam för rätt kommunikation vidare.
- PALT nämns på nytt där PALT i kombination med MALT inte är $1+1=2$ utan snarare $1+1=3$



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 6 - chefer

- Skapa kända kontaktvägar och dela med sig av telefonnummer.
- Öka kunskap och förståelse för varandras roller för att motverka att vakta "eget hägn".
- Hemtjänst tar emot och verkställer men resurser är utmaningen dvs utrymme i form av tid.
- Äldre-mottagning nämns men även vikten av att göra det enklare för primärvårdsläkaren att göra hembesök.
- Tillgängligheten till biståndshandläggare från vårdcentral nämns som viktig för omhändertagande på rätt sätt och i rätt tid.
- Viktigt att kunna nå varandra över hela dagen och inte enbart särskilda telefontider. Även biståndshandläggare nämner vikten av att nå läkare och sjuksköterska på vårdcentral vid behov.
- Fler måste få insyn i varandras verksamhet, ansvar och uppgifter för att veta vart man vänder sig motsvarande "utan spaning ingen aning". Trainee-tjänst på sjukhus nämns som gott exempel för att se fler verksamheter och dess uppgifter.
- Viktigt att använda sig av SIP oftare.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 1

- Information i förebyggande syftet från bistånd ser man som viktig del.
- Uppsökande verksamhet där uppstår frågan från vilken ålder och 80 + nämns.
- Att berätta i förebyggande syftet för vad som finns och när insatser bör komma igång i ett proaktivt perspektiv.
- Pajala vårdcentral nämns som exempel där en observationsavdelning fanns. Patienter som var för dåliga för att gå direkt hem från vårdcentral samt patienter som kom hem från sjukhus och för dåliga för att klara sig själv.
- Positiv anda är att vi aldrig har varit så nära som nu för att nå framgång – nämns av de som medverkat under lång tid.
- Det behövs professioner under dygnets alla timmar i den primära vården – det nämns att man i den primära vården behöver möta upp och läkare nämns som profession som finns men inte den närvaro som behövs. Det nämns att närvaro av yrkesprofessioner på bred front som behövs saknas.
- Observationsavdelning som nämnts ovan.
- Primärvårdsläkare enligt modellen PALT.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 2

- Det behövs jourteam med olika professioner för att möta upp utanför kontorstid.
- Eventuellt om man redan har hemtjänst att hemtjänsten då får mandat att sätta in insatser till dess bistånd är på plats inom kontorstid – görs till viss del redan i dagsläget. Frågan ställs om rutinen är känd och svaret är ja samt att det finns en chef i beredskap som vid behov kan svara på frågor från hemtjänsten och gäller SoL-insatser. Jourteam behöver träda in vid HSL-frågor som uppstår.
- CFS behöver utföras och utfallet behöver omhändertas på ett korrekt sätt utifrån behoven som framkommer.
- Förebyggande verksamhet behöver tydliggöras via motsvarande informationsblad som kan lämnas ut vid exempelvis hembesök där även CFS inkluderas.
- Det finns flertal aktiviteter men där kunskapsbrist bland professionerna behöver tydliggöras för att i sin tur sprida kunskapen.
- Upplevelse att det är svårt att skriva in invånare i hemsjukvården från primärvårdsbesök till skillnad från när man varit inlagd på specialistverksamheten.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 3

- Gruppen talar om kontaktvägar och trygghet i att veta vart man skall vända sig när man är i behov – bra att veta redan innan behov uppstår.
- Fria vårdvalet behöver inkludera information om alternativ att kunna vända sig till annan vårdgivare om tid är svårt att få på den enhet man är listad på.
- CFS – att faktiskt göra förebyggande bedömningar innan det hänt något och beskrivs som en framgångsmodell – krävs att ersättningsmodellen enligt Krav- och kvalitetshandboken tillåter det vilket inte görs i nuläget.
- Fler yrkesprofessioner behöver tjänstgöra utanför kontorstid för att möta behov.
- Utskrivning från sjukhus behöver inkludera medicinska vårdplaner samt att PUD-datum följs så långt det är möjligt – även tidpunkt är tacksamt att förmedla och handlar om trygghet för den enskilde och förutsättningen för verksamheter som tar emot.
- Utmaningar enligt ovan finns även inom den kommunala primära vården.
- PALT-team nämns och med det menas primära vårdcentralsläkare som stöd till den primära kommunala vården.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 4

- SIP bör användas och följas i hemmaskedet. Ett bra verktyg.
- Biståndshandläggare bör kunna finnas på SÄS för att se över utskrivningar och ett projekt pågår genom Borås Stad.
- Professioner som i dagsläget inte finns utanför kontorstid behöver finnas.
- Sluta släcka bränder och i stället arbeta förebyggande genom att satsa mer på detta.
- Broschyrer med information bör kunna gå ut till målgrupper för att veta vart man skall vända sig.
- Utskrivningar nämns som viktig förutsättning för trygg hemgång och med det menas att PUD behöver följas.
- Kommunikation mellan yrkesgrupper behöver utvecklas. Att som planerare inom hemtjänst behöva sitta i telefonkö i stället för direktkontakt är direkt försvårande. Den lokala kännedomen på respektive vårdcentral kring majoriteten av patienterna och i det dela med sig av telefonnummer hade förenklat ställningstaganden och sparat tid.
- Koordinatör/planeraren i hemtjänsten konstaterar att bistånd och sjuksköterskor inte har insyn i varandras områden och behöver utvecklas för att förenkla ställningstaganden.
- SALT-team nämns där sjuksköterska inom den primära vården under jourtid rullar mellan enheter och besöker invånare för ställningstagande för att motverka inläggning.

Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 5

- Identifiera vilka som är i behov av vilka insatser för att kunna förebygga.
- Koppla årskontrollen med screening för såväl social isolering, tandvård, inkontinens, CFS, fallrisk med mera.
- Det hade varit önskvärt att ha ett "äldrekit som kan delas ut vid årskontroll med informationsmaterial som är lokalt förankrat – PRO, mötes forum med mera.
- En äldre-sjuksköterska eller biståndsbedömare
- Utöka MALT-team på helger.
- Utöka möjligheten att verkställa utökat behov av SoL-insatser utanför jourtid.
- Utökade insatser i ett förebyggande perspektiv i människors hem behöver fortsätta definieras då trygghet för den enskilde i sitt nuvarande boende mycket väl kan behöva annan bostad som i dagsläget inte alltid motsvarar behovet - platsbrist.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 6 – chefer

- Närhälsan och privata vårdcentraler har ett jobb att göra gällande identifiering av mångsökarna innan det blir insatser från HSL.
- Uppsökande verksamhet och proaktiv verksamhet genom träffpunkter och föreningar samt vårdgivare behöver identifiera de som i framtiden behöver insatser.
- Kan den regionala primärvården ibland närvara på team-träffar inom den kommunal primära vården.
- Behov av fler professioner utanför kontorstid.
- Fallprevention och tidig hemgång pågår i hemtjänsten att man redan besöker i hemmet och gör bedömningar genom en pågående pilot – innefattar ej inskrivna. Syn- och hörselkonsulenter med fler involveras vid behov.
- Att ta ansvar för vårt steg vilket innebär att man ansvarar för kommunikation med andra professioner och enheter och dygnets alla timmar tror man att det är bra. Ett gemensamt arbetssätt hade inneburit att frågorna som ställs används genom gemensamt framtagna arbetssätt för att inte sitta med många olika underlag – det är på ren operativ nivå dvs bland patient och närmsta yrkesprofession. Innebär att man behöver tala med varandra.
- MALT- och psykiatriteam nämns som önskvärt att de är mer aktiva även utanför kontorstid.
- In- och utskrivningar från SÄS behöver förbättras genom PUD och att man är klar vid hemgång och att läkemedelslistor med mera stämmer. Kan ha att göra med okunskap om vad som sker utanför sjukhuset vid hemgång. Informationsbrist fördröjer och försvårar hemtagning.
- Observationsplatser nämns – akuta hjälpmedelsbehov – bostadsplanering med mera på jourtid nämns men det bör vara så att i stället för att bygga en sådan organisation utöka korttidsplatserna. Fler vårdnivåer behövs med trygghetsboenden med mera.
- Utöver lyfts exemplet från Jönköping där patienter vid hemgång får ALLA insatser för att närmsta kontorsdag konstatera vad som INTE behövs utifrån ALLT. Justeras därefter enligt behov. Hör ihop med konceptet trygg hemgång.

Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 1

- Tidig kontakt kan vara svårt men kommer att förebygga. Trygghetslarm brukar vara första kontakten.
- När demensteam kontaktas är det dessvärre i sent skede.
- Tydlig plan för vården gäller vad som skall göras vid diverse diagnoser ex. hjärtsvikt och det oavsett om man är från primärvården eller sjukhusvården.
- Tillgänglighet och korta kontaktvägar är viktigt mellan vårdgivare men även för patienten. Syftet är att förenkla för samtliga involverade.
- Förståelse för varandras verksamheter och då både ansvar men även svårigheter.
- Kväll, helg och natt när målet är att vara hemma är tillgång till läkare som kan underlätta i vissa fall som kompletteras med tydliga planer för vården enligt ovan.
- SIP behöver ökas och det är en del i att involvera specialistvården efter vårdtid på sjukhuset.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 2

- Samtliga i gruppen med olika professioner behöver samtliga tänka att individen skall klara sig så långt som möjligt.
- Seniorkonsulent arbetar aktivt med att lotsa i ett tidigt skede.
- Biståndshandläggare behöver arbeta närmre övriga funktioner för att knyta ihop behoven.
- Delaktighet för invånaren är av stor vikt.
- Förebyggande team är ett sätt att möta personer tidigt.
- Man ser en svårighet när det händer något för en individ och hur skall man kunna arbeta snabbare och mer tillsammans för dessa – gruppen har inga särskilda förslag på lösningar men nämner vikten av att skyndsamt följa upp kommande dag.
- Det upplevs ett motstånd att sätta in insatser på individer som inte är kända och berör flera steg och funktioner
- Samtliga funktioner behöver få lättare access till varandra.
- Viktigt att få tillgång till förberedda vårdplaner så långt det är möjligt.
- Utnyttja de mobila team som finns med målet att utveckla samt utöka dem ur ett primärvårdsperspektiv. Det nämns även att det finns ett processarbete där MALT och primärvårdsläkare arbetar med gemensam väg fram.
- Det nämns att det är mycket vi och dom som behöver överbryggas.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 3

- Informationsblad att dela ut samt telefonnummer motsvarande släktträd dvs i vilken ordning kontakten tas.
- Den som tar emot samtal behöver i sin tur ansvara för kontakt med övriga.
- Hjälpmedel nämns som behov att utveckla.
- Ett PALT-team nämns som viktig funktion att komma igång med.
- Vikten av samma språk är viktig – ex. PUD nämns som en del där specialistvård och primär vård ej har samma bild.
- Vikten av läkemedelslistor som stämmer vid utskrivning från ex. sjukhus.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 4

- Förebyggande nämns att tydliga vårdplaner är viktiga samt förbättrad kommunikation i SAMSA.
- Tidiga insatser vid ex. minnessvikt aktiverar rätt funktioner såsom anhörigstöd med fler samt informerar om vad som finns.
- Valfärdsbiblioteket nämns som exempel som inte är känt hos flertal – man kan där låna digitala stödprodukter som går att låna, känna och klämma och allt behöver inte vara förskrivningsbart.
- Fyll i framtidsfullmakter i tidigt skede för att kunna agera när väl behovet uppstår. Viktigt att stötta anhöriga parallellt då de är en viktig del i hållbar vård över tid.
- Följ upp de som inte blir inskrivna efter SAMSA efter hemgång från ex. sjukhus. Handlar om trygghet och i syfte att motverka återinläggning på sjukhus.
- Förenkla kontakten med ex. mottagningar på sjukhuset – svårt att komma rätt.
- Jurläkare bör finnas för att ta insatser på jourtid.
- MALT-teamet behöver ökas upp samt använda Närsjukvårdsteamet mer och det genom att skriva remisser till dem.
- Bättre planering vid utskrivningar där ex. hjälpmedel nämns som ordineras som inte sedan går att använda i hemmet.
- Hemtjänst behöver ha en kontakt att vända sig till när patienter inte är inskrivna och gäller dygnets alla timmar.
- Utökade närvaro av läkare dygnets alla timmar nämns och går i linje med den proposition som tagits fram.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 5

- Seniorlots behöver finnas att ringa som hänvisar vart man som patient och anhörig skall vända sig till.
- SIP behöver ökas på.
- Motverka ensamhet genom att tydliggöra vad som finns att erbjuda.
- Mottagare i telefon motsvarande jourhavande människa för äldre.
- Tydliga kontakt vägar mellan vårdgivare.
- Fallförebyggande arbetet tidigt.
- Motivera eget ansvar samt ta fram tydliga planer inför den tid då man blir sämre.
- Digital konsultation för sjuksköterska att kunna nå läkare för rådgivning.
- MALT-team dygnet runt i kombination med nya mobila tema som inkludera läkare.
- Seniorteam som kan ta hand om de äldre och det inkluderar läkare.
- Fler SIP även på sjukhus.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 6 - chefer

- Arbeta tillsammans genom tidiga SIP vilket görs i det förebyggande arbetet när väl förebyggande team är igång.
- Hemtjänst utan behovsprövning för att komma igång med insatser snabbt.
- Rehab nämns som viktig funktion och som biståndshandläggare behöver knyta ihop sig bättre med.
- Hälsovetare behöver kopplas till förebyggande arbete och de behövs på fler platser.
- PUD nämns som ett problem och behöver styras upp där dagens sätt att arbeta är orealistiskt.
- Regional primärvård och läkare på jourtid. Det nämns förståelseproblem från bland annat akuten där man hellre ser primärvårdsläkare på plats än biståndshandläggare.
- SAMSA som gemensam yta nämns. Problem då innehållet är så varierat, informationen bristfällig och vilket gör det svårt att hantera hemgångsplanering. Informationen varierande och går inte att lita på i nuläget.
- Gör studiebesök i varandras verksamheter samt samfinansierad resurs för att driva frågor framåt tillsammans.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 7 - chefer

- Förebygga i lugnt skede handlar om att bland annat lotsa mångsökare rätt till de möjligheter som finns.
- Läkemedelshantering är svår då listor ej stämmer överens och skapar oreda och onödig tid för omhändertagande.
- Lösa mer saker dagtid är lösningen dvs att ha planer klart för kväll och natt – ligga steget före.
- CFS nämns och vikten av att arbeta mer med den där underlaget ligger till grund för gemensamma kriterier för vad som är skör patient. Nivåerna i CFS skall aktivera rätt funktioner för vidare samverkan mellan funktioner.
- Hinder nämns som man behöver komma förbi – korta ner beslutsvägar och gäller vid utskrivning från sjukhusvård.
- Närsjukvårdsteamet och MALT nämns som viktig kompetenskälla och stöd och det är önskvärt att det finns med i ett större perspektiv.
- Använda MedRave mer för att sammanställa rapporten tillsammans och fånga de individer som behöver fångas ur ett mångsökarperspektiv.
- Varbergs kommun nämns där demografin varit i fokus men även hur man kan förskjuta behovet av vårdverksamheter genom att aktivera såväl civilsamhälle som föreningar och trossamfund.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 1

- Informationsspridning till den och de som berörs med siktet inställt på målgruppen. Målet är att kunna få fortsätta vara självständig som individ.
- Viktigt för samarbetspartners att alla vet vad övriga verksamheter har att erbjuda.
- En del i utvecklat arbetssätt är att kunna nå varandra.
- För att motverka inläggning krävs mer utrymme för hemtjänsten och våga lägga på tid för att senare kommunicera med biståndshandläggare.
- Hjälpmedel genom rehab behövs ibland för att motverka inläggning men även läkare på jourtid.
- Direktkontakt med primärvårdsläkare nämns som viktig del i att kunna kommunicera.
- Fråga berörd patient/invånare – vad behöver du?



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 2

- PALT-team efterfrågas dvs primärvårdsläkare parallellt med MALT.
- Regional primärvård bör ha lika rutiner och samsyn för att underlätta för den kommunala primära vården – i Borås finns det flertal vårdcentraler som bör ha samma tillgång.
- Tryggve nämns (tidigare projekt) och vad hände med det projektet i relation till dagens workshop. Förslaget är att återvinna erfarenheter från projektet för 15 år sedan.
- Äldre-sjuksköterska bör samverka med anhörigstödet.
- Läkare på vårdcentral behöver finns tillgänglig för hembesök.
- Samverkan vid hemgång från slutenvård behöver fortsätta utvecklas inom ramen för trygg hemgång och knyta an mot den regional primärvården.
- Korttid utan biståndsbedömning efterfrågas – akuta platser. Närmsta vardag fattar bistånd beslut.
- Behov av att få ut information till invånare vilket/vilka stöd som finns. Flertal med behov efterfrågar ofta stödet i för sent skede – därav etablering av förebyggande team.
- Förebyggande team med skattning genom CFS i tidigt skede är viktigt.
- Tydliga vårdplaner/medicinsk plan behövs för patienter med målet att kunna kvarstanna hemma och invänta läkarbesök som snart som möjligt.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 3

- Fallprevention och vårdplaner är viktiga arbetssätt med målet att förebygga.
- Lita på varandra och varandras kunskap och exempel hemtjänst med dess kompetens nämns där tillit från bland annat biståndsbedömare nämns
- Tydliga kontaktvägar behövs för att nå varandra på enklaste sätt.
- Vikten av tillit till sjuksköterskans kunskap kan motverka behovet av såväl MALT som primärvårdsläkare.
- Hemtjänsten ser behovet tidigt och vägen är lång till dess hjälp av rätt nivå är på plats.
- Förenkla SIP-förfarandet med tillhörande samtycke.
- Förebygga i grunden och bara genom att tillåta något mer tid för hemtjänsten kan man få vara en mer reflekterande resurs inom ramen för tillitsbaserad forskning
- Minska daltande för de som är i behov av vård i de fall som behövs och ställa krav på följsamhet till såväl kompressionsstrumpor som vårdsäng i de fall det behövs och landar i begreppet egenvård och egenansvar.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 4

- De som arbetar på helgen kan få bevilja SoL-insatser vid exempelvis ohållbar hemsituation.
- Koordinator i hemtjänsten som kan sätta in resurser i hemtjänst vid behov för att motverka inläggning på sjukhus.
- Bättre kommunikationsrapportering från SÄS. Exempelvis boka tid med respektive vårdcentral som komplement till epikriser med mera. Snabb återkoppling till vårdcentralen.
- Att kunna utveckla kontaktvägar där biståndsbedömare har utrymme en timme på morgonen men även personcentrerad linje med samtliga samverkanspartner.
- En skör äldre som kallas till SIP behöver förenklas.
- Informera om att det finns hjälp att få via kontakt på 1177 – seniorhälsa, äldre-sjuksköterska med mera som en del i att guida invånaren
- Utökade MALT-tider för att även inkludera helger.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 5 - chefer

- Fler äldre-sjuksköterskor på vårdcentralerna med fokus på bland annat fallprevention och skörhetsbedömningar.
- Hembesök i hemmet av primärvårdsläkare behöver utvecklas i syfte att minska belastningen på akutvården.
- Utöka såväl MALT-team som Närsjukvårdsteam.
- Samarbetet med SÄS behöver utvecklas framför allt i skedet vid hemgång.
- Ökad utveckling och innebörd gällande egenvårdsintyg som används genom SÄS och patienten vet ofta inte vad begreppet och upplägget innebär.
- Vikten av att kunna nå varandra vid behov och inte behöva stå i kö som yrkesprofession.
- Resurs och kompetens behöver ses över för att få personal att stanna.
- Ekonomiska förutsättningar genom bland annat ersättning (lojalitetsbonus) för de som stannar längre på en arbetsplats.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 6 - chefer

- Öka samverkan kring patienter som inte är inskrivna i kommunal primärvård. Utveckla SAMSA.
- Hemtjänsten behöver VIP-nummer till primärvården.
- Regelbundna avstämningar mellan yrkesgrupper.
- Mobilt läkarteam från den regionala primära vården.
- Förståelse och insyn i varandras arbete för att förstå organisationen med målet att brygga.
- Hitta samverkanssätt som håller och inte uppfinna hjulet på nytt.



Sammanfattning och
gruppering av
workshopens förslag
som underlag för fortsatt
arbete



Invånarperspektiv och tillgänglighet

Samtycke

Genom att efterfråga samtycke från patienten för att delge information till vårdgrannar, är sekretessfrågan omhändertagen.

Samtycke handlar inte bara om att ge sitt godkännande, utan om att vara delaktig och informerad. Delaktigheten från patienten är viktig för att arbeta hälsofrämjande. Genom kartläggande samtal och tydliga kontaktvägar stärks individens möjlighet att påverka sin vård. Vad är viktigt för dig är en av de viktigaste frågorna.

Kontinuitet

Kontinuitet i vården skapar trygghet och kvalitet. Genom att stärka teamarbete, ha fasta kontaktpersoner och planera långsiktigt, särskilt inom palliativ vård, kan vården bli mer sammanhållen.

- Namngiven sjuksköterska (ex. äldre-sjuksköterskan) är värdefull för målgruppen. I synnerhet de med många vårdkontakter.
- Koppla årskontrollen med screening för såväl social isolering, tandvård, inkontinens, CFS, fallrisk med mera
- Tillgänglighet och korta kontaktvägar är viktigt för patienten men även mellan vårdgivare för att vara effektiva tillsammans och inte slösa för varandras tid.
- Det bör finnas ett telefonnummer för äldre utan knappval där en person svarar som guidar vidare. Digitala kontaktvägar är inte alltid enkelt för denna målgrupp att hantera.
- Äldre-mottagning nämns som en framgångsfaktor men även vikten av att göra det enklare för primärvårdsläkaren att göra hembesök.
- Närhälsan och privata vårdcentraler har en viktig roll i att identifiering av mångsökarna. Viktigt med teamarbete och samarbete med andra vårdaktörer för uppföljande insatser enligt den primära vården som nav med tillhörande lots
- Viktigt att arbeta mer proaktivt med [ex. årskontroller](#). Noga planering vid en uttalad skör patient – dokumentera väl och rapportera till varandra.
- Hjälpmedel saknas ibland vid hemgång från sjukhus eller vid en snabb försämring. Samarbete bör kunna utvecklas för att ev. kunna samutnyttja kommunens förråd för invånarnas bästa.
- För att klara utmaningarna framöver behöver större krav ställas på de som har förmåga gällande följsamhet till egenvård.

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

Invånarperspektiv och tillgänglighet – *forts.*

Trygg hemma

- Utöka möjligheten att verkställa utökat behov av SoL-insatser utanför jourtid.
- Om man redan har hemtjänst att hemtjänsten då får mandat att sätta in insatser till dess bistånd är på plats inom kontorstid – görs till viss del redan i dagsläget. Frågan ställs om rutinen är känd. Det finns en chef i beredskap som vid behov kan svara på frågor från hemtjänsten och gäller SoL-insatser. Jourteam behöver träda in vid HSL-frågor som uppstår.
- Hemtjänsten behöver utrymme för oväntade händelser och mer mandat att inom ramen för förtroende verkställa beslut som följs upp av biståndshandläggare. Resurser är utmaningen dvs utrymme i form av tid. Koordinator i hemtjänsten som kan sätta in resurser vid behov för att motverka inläggning. Behovet upplevs inte tillgodoses fullt ut med dagens organisation och förutsättningar. Hemtjänstens utmaningar styrks av [forskning](#).

Observationsplatser, Korttidsplatser mm.

- Arbetssätten i Norrland inspirerar. Pajala vårdcentral nämns som exempel där en observationsavdelning fanns. Patienter som var för svaga för att gå direkt hem från vårdcentral samt patienter som kom hem från sjukhus och för sköra för att klara sig själv hemma vårdas på en observationsavdelning. Gemensamt ansvar mellan kommun och regional primärvård.
- Korttid utan biståndsbedömning efterfrågas – akuta platser. Närmsta vardag fattar bistånd beslut.
- Ofta brist på tillgängliga korttidsplatser. Relaterat till att många "fastnar" där i väntan på plats på vård och omsorgsboende.
- Fler vårdnivåer behövs. Det upplevs som en obalans utifrån befolkningens behov. Observationsplatser, korttidsplatser vård och omsorgsboende, trygghetsboenden.

Trygg hemgång

Trygg hemgång kräver både uppföljning och rätt resurser. Genom hembesök, hjälpmedel och samverkan mellan team kan övergången från sjukhus till hemmet bli säkrare. Social kontakt och tid för omställning är också viktiga faktorer för att skapa trygghet.

- Viktigt att vårdcentralen snabbt följer upp de som planerats i SAMSA i samband med sjukhusvistelse men inte blir inskrivna i kommunal primärvård. Tex ett telefonsamtal dagarna efter utskrivning från sjukhus för att skapa trygghet.
- 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.
- Lyfts exemplet från Jönköping där patienter vid hemgång får alla insatser för att närmsta kontorsdag konstatera vad som inte behövs. Justeras därefter enligt behov.
- Tillgången på hjälpmedel behöver ökas för att snabbt kunna möta behovet i hemmet.
- Återvinna erfarenheter från projekt som Tryggve.

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

Invånarperspektiv och tillgänglighet – *forts.*

Information

- Behov av att få ut information till invånare vilket/vilka stöd som finns att få. Information om kontaktvägar. Trygghet i att veta vart man skall vända sig när man är i behov – bra att veta redan innan behov uppstår. Informera vad som finns i kommunen att erbjuda den äldre individen.
- Informera om att det finns hjälp att få via kontakt på 1177 – seniorhälsa, äldre-sjuksköterska med mera
- Skicka ut information om vad som finns att tillgå på rehab – vårdcentral med mera och det genom biståndshandläggare.
- Fria vårdvalet behöver inkludera information om alternativ att kunna vända sig till annan vårdgivare om tid är svårt att få på den enhet man är listad på.
- Behov finns av en funktion att ringa för ofrivilligt ensamma, motsvarande jourhavande människa för äldre.
- Stödnätverk för anhöriga till den sköra äldre efterfrågas – behöver tydliggöras och göras mer kända.
- Ett uttalat anhörigstöd efterfrågas både vad som finns att erbjuda samt att tillgodose behov så tidigt som möjligt.
- Uppmana till att fylla i framtidsfullmakter i tidigt skede och stötta anhöriga.

Läkarnärvaro och utökade team

- Utökad närvaro av läkare dygnet runt för hembesök i linje med [propositionen - Nästa steg för en god och nära vård, 2025/26:19](#)
- Ett PALT-team (Primärvårdens akutläkarteam) nämns som viktig funktion att komma igång med.
- MALT-teamet behöver utökas tidsmässigt och kapacitetsmässigt. Samt använda Närsjukvårdsteamet mer via remisser från primärvården.
- Även digital läkarkonsultation för sjuksköterska efterfrågas.
- Utnyttja mobila team, utveckla och utöka dem ur primärvårdsperspektiv.
- Det behövs jourteam med olika professioner för att möta upp utanför kontorstid. Fler yrkesprofessioner behöver tjänstgöra utanför kontorstid för att möta behov. Tex rehab, biståndshandläggare mm
- SALT-team nämns där sjuksköterska inom den primära vården under jourtid rullar mellan enheter och besöker invånare för ställningstagande för att motverka inläggning.
- Psykiatriteam nämns som önskvärt att de är mer aktiva även utanför kontorstid.

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

Förebyggande arbete och uppsökande verksamhet

Förebyggande team

- Förebyggande team skapar förutsättningar för tidiga insatser och minskad behov av akut vård. Genom hälsosamtal, SIP och kartläggning kan både patienter och anhöriga få rätt stöd i tid. Grunden ligger i ett nära samarbete mellan biståndshandläggare, äldre-sjuksköterska samt arbetsterapeut/fysioterapeut (regional). Att inkludera biståndshandläggare i vårdcentralens arbete kan effektivisera processen ytterligare. Ett exempel är Borås projekt Seniorhälsokonsulent på vårdcentralerna där de kan informera och lotsa i tidigt skede och seniorhälsokonsulent på akuten för att underlätta och trygga upp inför hemgång.

Förebyggande arbetssätt

- Fler äldre-sjuksköterskor på vårdcentralerna med fokus på fallprevention och skörhetsbedömningar ses som en framgångsfaktor.
- Koppla årskontrollen med screening enligt CFS, social isolering, tandvård, inkontinens, fallrisk med mera genom till exempel [SAFE](#).
- SIP bör användas i större utsträckning och är ett bra verktyg för personcentrering och samverkan.
- Kommunikation mellan vårdgivarna i tidigt skede vid tex kognitiv svikt ger större möjlighet att stödja invånaren och dess anhöriga. Kommunen och dess team kommer ofta in i ett sent skede.
- Fallprevention är en viktig del i det förebyggande arbetet. Att kartlägga fallrisk och åtgärda bakomliggande orsaker är av största vikt. Detta är ett gemensamt ansvar för vårdcentralerna , rehab och kommun.
- Projekt i VÄF pågår om fallprevention och tidig hemgång där biståndshandläggare och hemtjänsten gör bedömningar redan vid de första besöken i hemmet. (Innefattar ej inskrivna i kommunal primärvård) Syn- och hörselkonsulenter med fler involveras vid behov.
- Ett fördjupat samarbete med hemtjänsten behövs. Ansökan om trygghetslarm kan vara första kontakten.
- Uppsökande verksamhet och proaktiv verksamhet genom träffpunkter mm behöver identifiera de som i framtiden behöver insatser.
- Motverka ensamhet genom att tydliggöra vad som finns att erbjuda och att göra.

Information:

- Broschyrer med information bör kunna gå ut till målgrupper för att de och deras anhöriga skall veta vart man skall vända sig.
- Förebyggande verksamhet i kommunen behöver göras mer känd via informationsblad som kan lämnas ut vid exempelvis hembesök.
- Det hade varit önskvärt att ha ett "äldrekit" som kan delas ut vid årskontroll med informationsmaterial som är lokalt förankrat
- Information i tidigt skede på brukar- och anhörigträffar, pensionärsföreningar mm
- Det finns mycket aktiviteter för äldre men bristande kännedom om detta bland de olika professionerna. Denna information behöver göras lättillgänglig för att de skall kunna förmedla den.
- Informera mer om välfärdsbiblioteket där invånaren kan få testa tex digitala stödprodukter.
- En tanke är att koppla hälsoveta till arbetet .

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

Förebyggande arbete och uppsökande verksamhet – *forts.*

Folkhälsa och civilsamhälle

- Folkhälsa är mer än medicinsk vård – det handlar om att skapa förutsättningar för ett meningsfullt liv. Genom samverkan med civilsamhället och bättre informationsspridning kan fler ta del av aktiviteter som främjar både fysisk och psykisk hälsa.
- 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. Varberg nämns som ett föredömligt exempel i denna fråga.

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.
- Tandvård är det en viktig del av förebyggande hälsa – särskilt för äldre. Det kan vara relevant att inkludera tandvård i hälsosamtal och SIP-planering, samt att samverka med tandvården i lokala folkhälsoinsatser.

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

Samordning och informationsutbyte mellan aktörer

Samordning

- Samordning kräver att aktörer inom vård och omsorg har gemensam förståelse för varandras roller och ansvar. Genom regelbundna möten, tydlig kommunikation och ökad samverkan kan detta uppnås i större utsträckning och därmed kan insatser bli mer träffsäkra och effektiva. Studiebesök hos varandra nämns som ett förslag. Bistånd behöver arbeta närmre övriga funktioner. Ett lovande exempel är kommunens projekt med seniorhälsokonsulent på vårdcentral och akuten. Även bättre samverkan mellan kommun-interna funktioner påtalas behov av så som bättre samverkan mellan bistånd, hemtjänst och kommunal primärvård.
- Tydliga kontaktvägar mellan vårdgrannar krävs. De olika aktörerna behöver vara nåbara för varandra. Inte bara på särskilda telefontider. Vi slösar med varandras tid då vi väntar på att få tag på någon för återkoppling. Till exempel hemtjänsten behöver få kontakt med vårdcentralerna om de är hos en skör äldre som försämrats. Att hamna i telefonkö och bli uppringd timmar senare är orimligt. Samma sak när den kommunala primärvården behöver ha tag på en läkare när de har en gemensam försämrad patient.
- Vårdaktörerna behöver tala med varandra. Behov av att införa veckoavstämningar och eventuellt dagliga avstämningar. Där 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 primärvård och hemtjänst bör ingå då de är en samarbetspartner för del av de invånare som är aktuella.
- SIP är ett bra verktyg som aktörerna är överens om att det behöver användas oftare i de fall där behov framkommer. Ibland även på sjukhus inför hemgång.
- SAMSA är det gemensamma planeringsverktyg vi har tillgängligt som gemensam yta – oerhört viktigt att följa framtagna rutiner och fortlöpande uppdatera information. Detta för att underlätta för mottagande enhet att kunna planera och utföra det som behövs i tid och på ett patientsäkert sätt. Detta gäller inte minst gällande behovet av rehabilitering och hjälpmedel. Tydlighet gällande behovet gör det lättare för regional och kommunal primärvård att planera vem som ansvarar för detta vid hemkomst från sjukhus.
- Ett behov av utökad samverkan gällande hjälpmedel synes finnas. Primärvårds-rehab har inte stora förråd varför de är beroende av att beställa hjälpmedel. I ärenden där hjälpmedel som inte sjukhuset skickar med behövs beskrivs det som att det ibland fattas korttidsbeslut för att inte hjälpmedel kommer i tid. Kommunen kan ha dessa hjälpmedel i sina förråd. En fråga att lösa är om det går att samverka kring denna fråga och går det att förskrika ur kommunens förråd som sedan fylls på till önskat saldo där kostnad följer förskrivaren.
- Vid akuta ärende- behov av snabbare gemensamt arbete. Detta rör till exempel om tillgång till att få läkarbedömning i hemmet, beslut och verkställande av utökad hemtjänst eller korttidsplats. I vissa delar finns rutiner men oklart hur kända de är. I vissa delar krävs åtgärder för att kunna verkställa utanför kontorstid. Gemensamma akutteam både utifrån SOL och HSL kommer som förslag.

Viktig - 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.

Samordning och informationsutbyte mellan aktörer – *forts.*

Grundprincip

- Grundprinciperna för god samverkan bygger på tid, resurser och vilja att testa nya arbetssätt 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*).
- Uppdaterade vårdplaner centralt för att egenvård skall kunna fungera och grundläggande för samverkan mellan vårdgrannar för ett personcentrerat arbetssätt.
- Att ta ansvar för vårt steg innebär att man ansvarar för kommunikation med andra professioner och enheter och dygnets alla timmar. Ett gemensamt framtaget arbetssätt krävs. I det dagliga arbetet är [CFS-bedömning](#) ett gemensamt språk. CFS kan vara en grund i det gemensamma arbetet. Vi behöver använda CFS-skalan mer som ett gemensamt språk. Vi behöver ha en gemensam tolkning av CFS. Vad gör man vid vilken siffra. Utfallet utifrån CFS behöver omhändertas på ett korrekt sätt utifrån behoven som framkommer. Frågor som ställs till patienten används genom gemensamt framtagna arbetssätt för att inte sitta med många olika underlag. Detta behöver vidareutvecklas.
- Ett uttryckt behov av att regional primärvård bör ha lika rutiner och samsyn för att underlätta för den kommunala primära vården.
- Samtidigt är upplevelsen av "att det är svårt att skriva in invånare i hemsjukvården från primärvårdsbesök till skillnad från när man varit inlagd på specialistverksamheten, i synnerhet när det gäller rehab-patienter".
- Båda punkter ovan tyder på ett behov av ökad kunskap, kännedom och samsyn kring Hälso-och sjukvårdsavtalet och där tillhörande "inskrivningskriterier" till kommunal primärvård.

Systemstöd

- Mångsökare som identifierats utifrån besöksstatistik från akuten och vårdcentralerna kräver systemstöd (*påbörjat inom regionen*).
- Systemstöd är en nyckel för effektiv samverkan. Gemensamma digitala verktyg och kontaktvägar förenklar kommunikationen och stärker vårdkedjan. Tekniken bör användas strategiskt för att överbrygga avstånd och skapa tillgänglighet.
- Att använda MedRave mm för att aktivt för att få fram användbara rapporter.
- Viktigt att Närhälsan och privata vårdcentraler identifierar mångsökarna för att gemensamt jobba mer effektivt med dem.

Viktig - 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. I Borås efterfrågas specialistvårdens närvaro i den vård som förespråkas flyttas hem samt stötta primärvården vid komplexa situationer.
- 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 – prioriterad gällande primärvårdsläkare dygnets alla timmar (utöver så väl planerad verksamhet som möjligt för omhändertagande kontorstid)
 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 för att därefter kompletteras.

Mobila team är en viktig del av framtidens vård. Genom att flytta kompetens närmare patienten, särskilt vid komplexa fall, kan vården bli mer tillgänglig, samordnad och trygg – både för patient och vårdgivare

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. Detta föreslås kompletteras med nya rutiner för hur bland annat provtagning hanteras utanför kontorstid med tillhörande medicinsk kompetens för ställningstagande dygnet runt kan onödiga väntetider och belastning på akutsjukvården minskas. Komplettering av [befintlig rutin](#) efterfrågas gällande transportfrågor under kväll och helg.

Medicinska vårdplaner

- Medicinska vårdplaner är centrala för kontinuitet och trygghet. När behandlingsplaner är tydliga och överrapportering fungerar väl, kan primärvården ta vid utan osäkerhet – vilket gynnar både patient och vårdpersonal.

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

Specialiststöd till den primära vården – *forts.*

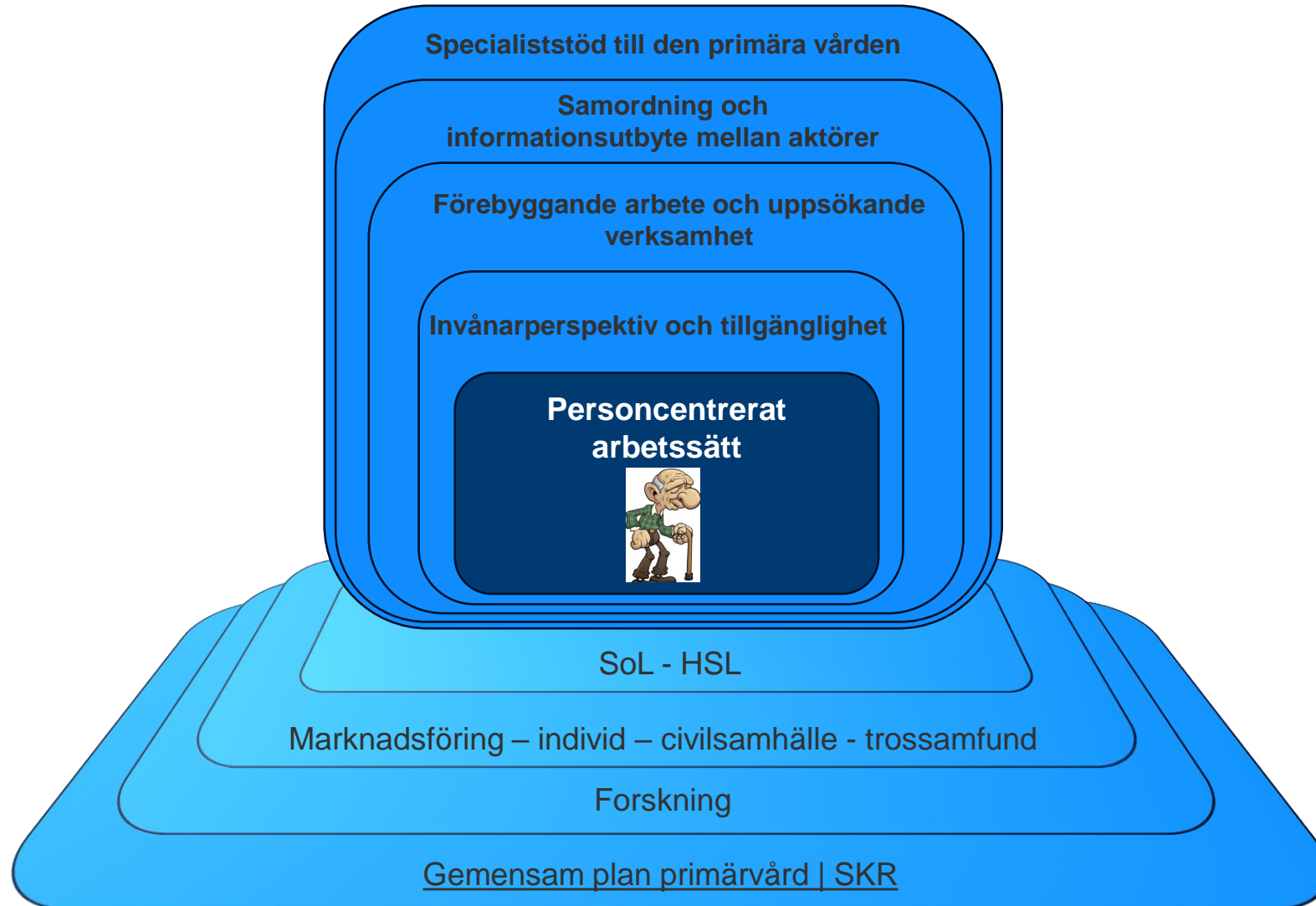
- Utskrivning från sjukhus behöver inkludera medicinska vårdplaner samt att PUD-datum följs så långt det är möjligt – även tidpunkt är tacksamt att förmedla och handlar om trygghet för den enskilde och förutsättningen för verksamheter som tar emot. Hemgång under förmiddag är att föredra. Vikten av samma språk mellan vårdnivåer är av största vikt och därav nämns på nytt vikten av samverkan (ex. PUD och dess innebörd).
- Fler SIP behöver identifieras och utföras även på sjukhus och det för att fånga det personcentrerade och de behov som vid hemgång behöver vara klara.
- Samverkan vid hemgång från slutenvård behöver fortsätta utvecklas inom ramen för trygg hemgång.
- Det föreslås fortsatt utveckling av kommunikationsrapportering från SÄS och vid behov boka tid med vårdcentral som komplement till epikriser. Tydlighet och ökad delaktighet vid utskrivning av patienter är konkret förbättringsförslag där information ska följa med patienten. I detta inkluderas vikten av läkemedelslistor som stämmer vid utskrivning för att möjliggöra hemgång och fortsatt omhändertagande i de fall där patienten är inskriven i vård- och omsorg men även i de fall där man som patient skall hantera läkemedel på egen hand.

Utmaningar enligt ovan finns även inom den kommunala primära vården. Utskrivningar nämns som viktig förutsättning för trygg hemgång och med det menas att PUD behöver följas.

- In- och utskrivningar från SÄS behöver förbättras genom PUD och att man är klar vid hemgång och att läkemedelslistor med mera stämmer. Kan ha att göra med okunskap om vad som sker utanför sjukhuset vid hemgång. Informationsbrist fördröjer och försvårar hemtagning.
- Egenvårdsintyg kan förbättras vid hemgång från specialistvård och säkerställ att man kan hantera det som skall skötas själv.
- PALT nämns på nytt där PALT i kombination med MALT inte är $1+1 = 2$ utan snarare $1+1 = 3$. Uppdraget syftar dock till etablering av den primära vården som nav och till det kommande proposition som beskriver [nästa steg för en god och nära vård](#) där bland annat tillgång till läkare inom den primära vården skall vara möjlig.

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 och brukarrepresentant*). Deltagarantalet är relativt god. Brukarrepresentant medverkar inte men målgruppen på nationell nivå har delgivit sin syn gällande vad begreppet trygghet innebär och sammanställt av Socialstyrelsen.

Borås Stad med sin geografiska storlek mynnade trots det ut i ett hanterbart utfall. Med gott engagemang och vilja att samarbeta innehöll samtliga workshopar god dialog och ökad kunskap om varandras funktioner och förutsättningar (4 till antalet). Antalet vårdcentraler och rehabmottagningar är många inom det geografiska området och det finns såväl regional som privat utförare. Fokus har varit på uppdraget med den primära vården som nav och socialtjänsten (24/7) och till det förflyttningen där det förebyggande arbetet varit i fokus samt personcentrerad vård.

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 hela civilsamhället i det längre perspektivet.

Professionen hemtjänst är i drift dygnets alla timmar och året runt. Förutsättningarna för att få utrymme att bli den reflekterande yrkesgrupp, som krävs ur ett förebyggande perspektiv och möta behovande tidigt, utmanas av dagens utbredda styrning. Det beskrivs närmre inom [den forskning](#) som berört såväl förutsättningar som utmaningar. Forskningen berör bland annat:

- Omstruktureringen av arbetstiden i hemtjänsten har lett till en försämring av arbetsvillkor.
- Avhandlingen bekräftar tidigare forskning om försämrade arbetsförhållanden och visar på hur inomorganisatoriska strukturer och tidsstyrning är bidragande orsaker.

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.

Forts.

Diskussion - *fortsättning*

Sammanfattning av workshopen Borås del 1 - för att möta behoven hos sköra äldre och undvika onödiga sjukhusinläggningar krävs en stärkt samverkan mellan kommunal och regional vård. Hemtjänsten spelar en avgörande roll genom att tidigt identifiera behov, men saknar ofta mandat och resurser och kontaktvägar att agera direkt.

Genom att införa koordinatorfunktioner och utöka tider till läkare på bland annat helger kan insatser sättas in snabbare. Samtidigt behövs bättre kommunikation från slutenvården, där epikriser kompletteras med direktkontakt med vårdcentraler. En personcentrerad linje med tydliga kontaktvägar mellan samverkansparter skapar förutsättningar för trygg hemgång.

Förebyggande arbete, såsom fallprevention och skörhetsbedömningar, bör ske tidigt och vägledas av äldre-mottagningar i primärvården.

Informationsspridning till invånare om tillgängligt stöd är avgörande, liksom att vårdpersonal har insyn i varandras arbete. Genom att bygga tillit till kompetensen hos exempelvis hemtjänst och sjuksköterskor kan vårdinsatser effektiviseras.

Samverkan måste bygga på förståelse, tillgänglighet och gemensamma rutiner – inte på att uppfinna hjulet på nytt.

För att lyckas krävs även att personal får förutsättningar för att stanna kvar, dels genom god arbetsmiljö, tydliga strukturer och eventuellt lojalitetsbonus som föreslås i en av grupperna.

Forts.

Diskussion - fortsättning

Sammanfattning av workshopen Borås del 2 – ”vi har aldrig varit så här nära” blir ledordet.

Det finns en stark vilja att arbeta mer proaktivt och förebyggande inom den primära vården och omsorgen. Information från bistånd i ett tidigt skede ses som avgörande, liksom uppsökande verksamhet – särskilt för personer 80+. Att tydliggöra insatser och när de bör sättas in skapar trygghet och förutsättningar för rätt stöd.

Exempel som observationsavdelningar visar behovet av mellanvård för patienter som inte kan gå direkt hem. Det råder en positiv anda och upplevs att vi är nära verklig förändring. Det beskrivs vid flertal ställen avsaknad av flera yrkesprofessioner utanför kontorstid, vilket försvårar insatser. Modeller som PALT och SALT lyfts som lösningar, liksom behovet av jourteam.

Hemtjänstens och den kommunala primärvårdens mandat att agera tillfälligt innan bistånd är på plats fungerar delvis, men rutiner behöver tydliggöras. CFS-bedömningar bör göras i förebyggande syfte och följas upp korrekt. En gemensam tolkning om vad som skall göras efter respektive siffra efterfrågas. Utveckling av arbetet i Närvårdssamverkan krävs.

Informationsmaterial, exempelvis vid hembesök, kan bidra till ökad kunskap. Det finns en upplevd svårighet att skriva in invånare i hemsjukvården från primärvården, vilket kräver bättre kontaktvägar och samverkan.

Fria vårdvalet bör inkludera information om alternativa vårdgivare. SIP lyfts som ett viktigt verktyg att [använda oftare](#). Projekt pågår för att biståndshandläggare ska finnas på akuten SÄS och vårdcentralerna. Kommunikation mellan yrkesgrupper behöver förbättras, särskilt mellan hemtjänst, sjuksköterskor och bistånd.

Årskontroller bör kopplas till screening för sociala och medicinska risker, och ett lokalt ”äldrekit” med information föreslås. Utskrivningar från sjukhus måste inkludera uppdaterade vårdplaner och uppdaterad PUD-datum för trygg hemgång. Träffpunkter, föreningar och vårdgivare har en viktig roll i att identifiera framtida behov. Regional primärvård bör kunna delta i kommunala teamträffar. Samverkan, tillgänglighet och förebyggande insatser är nyckeln till att möta framtidens behov.

Forts.

Diskussion - *fortsättning*

Sammanfattning av workshopen Borås del 3 – det är viktigt att tala samma språk kring målgruppen och att CFS används som gemensam bas. Till detta SIP i de fall där det finns behov skapar möjlighet att se samma målbild och styra mot detta mål. Tandvården har en viktig roll i att identifiera individer där man ser en minskad närvaro och det i syfte att fånga eventuellt behövande tidigt. Med tydligare kontaktvägar mellan vårdgivare kan man därifrån skapa gemensam plan för den som är i behov med målet att förhindra tidiga behov av vård och omsorg. SAMSA erbjuder kontaktvägar men alla aktörer är inte inkluderade vilket bör åtgärdas. En kontaktperson skapar trygghet även för den enskilde och gäller även de som inte frekvent söker vård. En grupp som riskerar att gå under radarn. Tydlig information vid utskrivning är avgörande och det inkluderar kontaktuppgifter vid eventuella frågor som uppstår – för såväl en enskilde patienten som vårdgivare.

Digitala kanaler nämns ofta på workshoparna men man behöver ha i åtanke de inom målgruppen äldre som inte kan tillgodogöra sig den digitala utvecklingen. Därav behövs på nytt den mänskliga kontakten och kontaktväg motsvarande ett telefonsamtal.

Stödnätverk för anhöriga till sköra äldre bör kartläggas och göras tillgängliga. Delaktigheten från patienten är central för ett hälsofrämjande arbetssätt och inkluderar i många fall även den anhöriga. CFS-skalan används för lite och bör implementeras brett och är direkt kopplat mot samsyn och att tala samma språk för kommande insatser och åtgärder.

Pensionärsråd och frivilligorganisationer bör bjudas in till dialog som viktiga aktörer i informationsspridning samt för att fånga upp invånare. PALT bör aktiveras för att motsvara propositionen samt för att följa upp utskrivning och särskilt vid brytpunktssamtal.

Hjälpmedelsförskrivning på helger och samordning av förråd föreslås utvecklas. Läkare i primärvården behöver få insyn i ViSam för rätt kommunikation och till detta skapa väl kända kontaktvägar där telefonnummer delas med varandra och som ett första steg att öka kunskap om varandras roller med målet att minska revirtänkandet. Tillgänglighet till biståndshandläggare på vårdcentralen är avgörande liksom insyn i varandras ansvarsområde.

Forts.

Diskussion - fortsättning

Sammanfattning av workshopen Borås del 4 - Tidig kontakt med individen är en utmaning, men den är avgörande för att förebygga framtida problem. Ofta sker den första kontakten med kommunen via trygghetslarm. Att identifiera dessa i tidigare skede är sannolikt värdefullt. Till exempel när demensteam kopplas in är det dessvärre ofta i ett sent skede, vilket visar på behovet av att aktivera rätt funktioner tidigare, exempelvis anhörigstöd och förebyggande team. Att fylla i framtidsfullmakter och informera om tillgängliga stödinsatser i ett tidigt skede är centralt för att skapa trygghet och minska akuta situationer.

Tillgänglighet och korta kontaktvägar är en återkommande fråga. Det gäller både mellan vårdgivare och för patienten. Syftet är att förenkla och skapa en struktur där alla vet vem som gör vad. Informationsblad med kontaktvägar och tydliga ansvarskedjor nämns som lösning, liksom digitala konsultationer som gör det möjligt för sjuksköterskor att snabbt nå läkare. Samtidigt finns ett behov av att överbrygga kulturklyftor mellan olika aktörer – ”vi och dom”-tänket måste bort. Studiebesök och gemensamma forum kan bidra till ökad förståelse för varandras ansvar och svårigheter.

Jourfunktioner och tillgång till läkare under kväll, helg och natt är en kritisk fråga. Målet är att individen ska kunna vara hemma, vilket kräver jourläkare, mobila team och tydliga vårdplaner för akuta situationer. MALT-teamet och Närsjukvårdsteamet lyfts fram som viktiga resurser som bör utvecklas och användas mer. För att undvika återinläggningar är det också viktigt att följa upp individer direkt efter hemgång från sjukhus och att ha planer klara för kväll och natt redan under dagtid.

Planering och struktur är en annan central del. Tydliga vårdplaner för olika diagnoser, korrekta läkemedelslistor och gemensamma kriterier för skörhet, exempelvis CFS, är avgörande för kvalitet och trygghet. SIP behöver ökas både i förebyggande arbete och efter sjukhusvistelser. SAMSA nämns som en gemensam yta, men upplevs som problematisk på grund av bristande informationsinnehåll och hantering. Rutiner finns med följs inte alltid. Här finns behov av att förbättra kommunikationen för att inte patienten skall hamna i kläm.

Roller och ansvar behöver tydliggöras. Biståndshandläggare bör arbeta närmare övriga funktioner för att knyta ihop behoven. Hemtjänsten behöver en kontaktperson att vända sig till dygnet runt, även när patienter inte är inskrivna i kommunal primärvård. Den som tar emot samtal ska ha ansvar för att kontakta övriga aktörer. Samtidigt är delaktighet för invånaren och anhöriga en grundförutsättning för hållbar vård. Att motivera eget ansvar och skapa tydliga planer inför försämring är en del av att ge goda förutsättningar för egen vård eller andra aktörers insatser.

Kunskap och kultur är genomgående teman. Det finns behov av att öka medvetenheten om befintliga resurser, som välfärdsbiblioteket, och att skapa ett gemensamt språk mellan olika vårdnivåer. PUD nämns som ett område där olika tolkningar av begreppet finns vilket skapar hinder i samverkan. Utbildning, gemensamma processer och praktiska insatser som studiebesök kan bidra till att minska dessa barriärer.

Sammanfattningsvis visar materialet att nyckeln till förbättring ligger i tidiga insatser, effektiva kontaktvägar, tillgänglighet dygnet runt, uppdaterade vårdplaner, tydliga roller och ett gemensamt arbetssätt. Kulturförändring och kunskapshöjning är avgörande för att skapa en sammanhållen vård där individen står i centrum och där alla aktörer arbetar mot samma mål.

Forts.

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 respektive kommun, 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 baserat på lokala förutsättningar
- ✓ De yrkesverksammas perspektiv (ex. tillitsbaserad styrning inom äldreomsorg) – lokala och delregionalt
- ✓ Vårdsystemets perspektiv – utfallet av förslag i respektive kommun att uppnå den primära vården som nav enligt diskussionens inledning.

”Vi har aldrig varit så här nära”

1 ord om dagens förväntningar

Kommunikation och Dialog

Kommunikation
Dialog
Bra dialog
Givande dialog
Mellanrumsutbyte
Utbyte (flera gånger)
Inblick
Bättre inblick
Brobyggande
Öppenhet

Inspiration och Framtid

Inspirerad
Inspiration
Framtiden
Nya idéer
Spännande
Spännande saker
Roligt (flera gånger)

Samarbete och Samverkan

Samarbete (flera gånger)
Bättre samarbete
Bra samarbete och trygghet
Samverkan
Delat ansvar framåt
Dialog om bättre samarbete
Framåt tillsammans från och med idag
Ett steg närmre nära vård och omställning
Praktiskt genomförande
Samarbete kring patienten

Trygghet och Gemenskap

Tillsammans skapa trygghet
Tillsammans
Civilsamhälle (implicit i
kontext)
Föreningar (implicit i
kontext)

Kunskap och Lärande

Kunskap
Lärdom
Lära mig mer
Lära mig mycket nytt
Öka medvetenheten
Öka förståelse för varandras
utmaningar
Förståelse
Klarhet i mycket



1 ord om dagens förväntningar

Kreativitet & Innovation

Fokus på nytänkande och idégenerering:
Brainstorming högt och lågt

Samverkan & Samarbete

Fokus på gemensamt arbete, samordning och samförstånd:

Samverkan (flera omnämmanden)
Samarbete (flera omnämmanden)
Samverkan med äldre-sjuksköterskan vid utskrivning
Samverkan i den primära vården
Vägen framåt för samarbete
Regional primärvårds förståelseunderlag
En väg in
Öppna korta vägar
Samsyn

Personcentrering

Fokus på individens behov och perspektiv:
Patienten i centrum
Personen i centrum

Kommunikation & Förtydligande

Fokus på tydlighet och informationsdelning:
Förtydligande (flera omnämmanden)
"Pepp"
Öppna korta vägar

Kunskap & Utveckling

Fokus på lärande, idéer och förbättring:
Kunskap
Kunskapsutbyte
Idéutbyte
Möjligheter
Förbättring
Nya kontakter
Verktogsdag
Verkstad



1 ord om dagens förväntningar

Lärande och utveckling

Uttryck som handlar om kompetensutveckling, nyfikenhet och förbättring.

Lärande

Hoppas på att få lära sig nytt

Utveckling

Nyfikna samtal

Vad kan man själv göra bättre

Kunskapspåfyllnad och samverkan

Kompetens kring samverkan

Höga förväntningar så samverkan är viktig

Öppet sinne

Relationer och förståelse i samverkan

Fokus på mänskliga och kommunikativa faktorer som bidrar till en fungerande samverkan.

Tillsammans och framåt

Kan göra mycket tillsammans – bra att ses

Förståelse för varandra

Ökad förståelse för samverkan

Ökad förståelse för varandras utmaningar

Samsyn

Zooma ut från det egna ansvaret och ta in andras

Skickliggöra varandra – leda fram till proaktivt för att frångå det reaktiva

Struktur och system för samverkan

Fokus på organisatoriska och praktiska aspekter som stärker samverkan mellan aktörer.

Samverkan

Förbättra samverkan

Förbättrad samverkan

Bättre samverkan

Ökad samverkan

Förbättrat samarbete

Förbättrat och förenklat samarbete

Ökat samarbete

Samarbeta

Samverkan för våra kommuninvånare

Överblick och förbättrad samverkan

Överblick över instanser som finns och hur dessa på bästa sätt samverkar

Säkrare vård för våra äldre

Förenklat arbetssätt

Relationer och kommunikation

Betoning på att lyssna, förstå och skapa sammanhållning.

Lyssna och ta in

Förståelse för varandra

Bättre sammanhållning

Många deltagare och många resurser

Tidig kontakt med demensteamet



1 ord om dagens förväntningar

Framtid & Utveckling

Framtid (flera gånger nämnt)
Framåt
Möjligheter
Utvecklande
Förändring
Framgång

Kunskap & Förståelse

Kunskap (flera gånger nämnt)
Förståelse för förutsättningar

Samarbete & Samverkan

Samarbete (flera gånger nämnt)
Samverkan (flera gånger nämnt)
SAMVERKAN – längtar efter detta
Vill se hur vi lyckas samarbeta
Gemensamt ansvarstagande från och med nu

Kommunikation & Dialog

Dialog
Dialog
Lyhörddhet

Känslor & Förväntningar

Förväntansfull
Trygghet

Nyfikenhet & Utforskande

Nyfiken (flera gånger nämnt)
Nyfiken – vet ej så mycket om nära vård
Nyfiken och försiktigt förväntansfull
Nyfikenhet



Deltagarnas tre ord om workshopen



Deltagarnas tre ord om workshopen



Länkar



Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

- [Nära vård](#) - film
- [Personcentrerat arbetssätt](#) - film
- [Beslutsunderlag Nära Vård](#)
- [Färdplan](#)
- [Aktivitetsplan](#)
- [SIP används för lite och för sent – många med stora behov saknar samordnad plan | Vård- och omsorgsanalys](#)
- [Sköra Äldre – CFS](#)
- [Patientnära vård- och behandling med minskade ...](#)
- [Att styra för nära vård – effektstyrning](#)
- [Delregional rutin för provtagning.pdf](#)
- [Tid för tillit? Om styrning, kontroll och inflytande i äldreomsorgen](#)
- [Omtag för omställning | Vård- och omsorgsanalys](#)
- [Nya socialtjänstlagen](#)
- [Ställningstagande Klinisk ledning Revidering av arbetsflödet i ViSam-vårdplanering och informationsöverföring i en samlad modell 2023-04-17. .pdf](#)
- [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](#)
- [PowerPoint-presentation](#)
- [Borgholmsmodellen](#)
- [SAFE - Äldrevårdsmottagningar i Region Östergötland – forskning och praktisk vardag](#)
- [Blankett för Pastel 2.0](#)
- [Propositionen - Nästa steg för en god och nära vård, 2025/26:19](#)



Ett stort tack till ert deltagande.

Lycka till med ert fortsatta arbete.

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



Närårdssamverkan
Södra Älvsborg