

Rapport workshop Nära vård

Herrljunga 2025-11-27



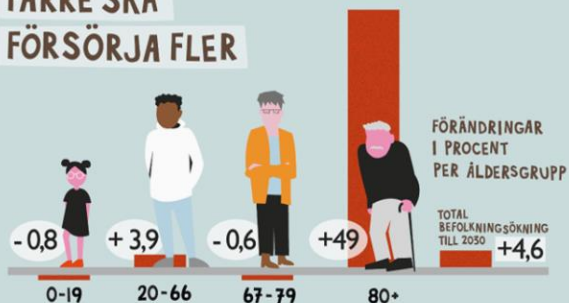
Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

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

Grupp 1

- Fastnade mycket i kommunikationen inom gruppen – dvs viktig
- Frustration över att flexibiliteten är för rigid – lagar och förordningar begränsar – exempel med hembesök och behov av turner nämns – dialog som fastnar vid GDPR med mera i stället för att lösa ett problem som uppstod inför en helg – samtalen var goda men utfallet för stelt
- För att förebygga i lugnt skede hemma är det viktigt att alla funktioner känner till varandra. Spridning av information gällande senior café med mer som finns upprättat i kommunen. Spridning via pensionärsorganisationer med mera.
- Ta fram en lättare folder för enkel information till de som ännu ej har koppling mot vård- och omsorg.
- En väg in exempelvis till en äldre-mottagning där dialogen om behov kan få mynna ut i samsyn och liknelse med familjecentral nämns där låg tröskel är viktig.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 2

- Arbetssätt att förbättra bland annat om vårdcentralens närvaro i SAMSA efter utskrivning från sjukhus. Viktigt för att trygga upp hemgången. Det hade varit bra om sjuksköterska från vårdcentralen kan närvara på redan etablerade veckoavstämningsmöten som finns inom den kommunala primära vården.
- Önskvärt att vårdcentralen har en lägre tröskel för frågor och input från äldre genom vanligt telefonnummer – motsvarar en väg in och äldre-mottagning.
- Fler medarbetare nämns som förutsättning för att hinna med de uppgifter som behövs för att kunna arbeta proaktivt.
- Nya arbetssätt nämns där man bland annat från vårdcentralen upptäcker och diagnostiserar demenssjukdom tidigare kontaktar den kommunala primära vården – finns inom ramen för förebyggande team.
- Erbjuder hälsokontroller för invånare över 75 år.
- Vid behov av utökat stöd för insatser utanför kontorstid finns dessa upprättade men behöver göra dem kända hos samverkanspartners – ambulans med mera. PALT nämns som viktig samverkanspartner med sedan tidigare etablerad MALT.
- Skaraborgsmodellen nämns



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 3 - chefer

- Äldre-central behövs på ett äldreboende där samverkan sker
- Familjecentral nämns som exempel där reklam för målgruppen kan ske – till detta skriftlig information till invånare genom flertal distributionsvägar
- Ekonomiska förutsättningar och dialog med politik nämns som viktig del för framdrift
- Levnadsberättelser och vita brevet nämns – kan vara en del i tanken om man kan komma ner för sin trappa eller ej senare i livet
- Kväll, helg och natt där målet är att vara hemma är beroende på om man är känd eller ej i den primära kommunala vården. Kräver att exempelvis MALT gör besök för att göra ett ställningstagande om inläggning på korttid eller ej.
- Fler ambulerande team behövs för att undvika inläggning på sjukhus – MALT har varit fantastiskt men om det hade funnits hela tiden hade det varit bra. Det hade varit bra med en ambulerande psykiatrimottagning.
- Hur involveras specialistvården och där behövs tydliga medicinska vårdplaner och om dessa är tydliga kan man utföra mycket vård i hemmet
- PUD och utskrivningsdatum behöver bli bättre för att synka helheten
- IT-stöd till äldre motsvarande fixar-tjänst
- Digitala läkarbesök med den enskilde invånaren hade varit en utveckling
- Personligt ombud för äldre hade varit en vinst för den enskilde individen
- Lokal ledningsgrupp inom ramen för Närvårdssamverkan är nyligen uppstartad.



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. Genom kartläggande samtal och tydliga kontaktvägar stärks individens möjlighet att påverka sin vård.

Kontinuitet

Kontinuitet i vården skapar trygghet och kvalitet. Genom att stärka teamarbete, ha fasta kontaktpersoner (ex. namngiven äldre-sjuksköterska) 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.
- 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 med tillhörande lots.
- En väg in, exempelvis till en äldre-mottagning där dialogen om behov kan mynna ut i samsyn. Förslag om att starta en familjecentral för äldre kommer upp. Där är många viktiga funktioner under samma tak och det blir en "låg tröskel" att nå de olika funktionerna.
- Önskvärt att vårdcentralen har ett vanligt telefonnummer för äldre för att slippa hantera Tele-Q som ibland är svårt för denna målgrupp.
- Personligt ombud för äldre hade varit en vinst för den enskilde individen. Detta för att underlätta hur de skall ta sig fram i systemet och få hjälp med kontakterna.
- Digitala läkarbesök för de som har svårt att ta sig till vårdcentralen kan utvecklas tillsammans med tex kommunal primärvård och hemtjänst.

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

Invånarperspektiv och tillgänglighet – *forts.*

Information:

- Ta fram en lättare folder för enkel information till de som ännu ej har koppling mot vård- och omsorg. Denna bör förmedlas genom flera distributionsvägar.
- Viktigt att "alla" aktörer vet vad som finns att få stöd med och vilka aktiviteter och mötesplatser mm som finns för äldre.
- IT-stöd till äldre motsvarande fixar-tjänst behövs.

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.

- Konceptet [trygg hemgång](#) kan vara ett arbetssätt att jobba med 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. Hemtjänstens utmaningar styrks av [forskning](#).

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 belastning på akut vård. Genom hälsosamtal, SIP och kartläggning kan både patienter och anhöriga få rätt stöd i tid. Tex att vårdcentralen upptäcker och diagnostiserar demenssjukdom tidigare och kontaktar kommunen i samband med det.
- Att inkludera biståndshandläggare i vårdcentralens arbete kan effektivisera processen ytterligare . 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.
- Spridning av information gällande senior café med mer som finns upprättat i kommunen. Spridning via pensionärsorganisationer med mera.
- Levnadsberättelser och vita brevet nämns – kan vara en del i tanken om man kan komma ner för sin trappa eller ej senare i livet.

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.

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 insatser bli mer träffsäkra och effektiva.
- 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 och hemtjänst bör ingå då de är viktiga samarbetspartner för en del av de invånare som är aktuella.
- Arbetssätt att förbättra bland annat om vårdcentralens närvaro i SAMSA efter utskrivning från sjukhus. Viktigt för att trygga upp hemgången. Det hade varit bra om sjuksköterska från vårdcentralen kan närvara på redan etablerade veckoavstämningsmöten som finns inom den kommunala primära vården.
- Frustration över att flexibiliteten är för rigid – lagar och förordningar begränsar – exempel med hembesök och behov av turner nämns – dialog som fastnar vid GDPR med mera i stället för att lösa ett problem som uppstod inför en helg – samtalen var goda men utfallet för stelt
- En väg in nämns som viktig del, exempelvis till en äldre-mottagning på vårdcentral samt föreslagen äldrecentral, där dialogen om behov kan få mynna ut i samsyn och liknelse med familjecentral nämns där låg tröskel är viktig

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*).
- 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*).
- Systemstöd är en nyckel för effektiv samverkan. Gemensamma digitala verktyg och kontaktvägar förenklar kommunikationen och stärker vårdkedjan. Tekniken bör användas strategiskt för att överbygga avstånd och skapa tillgänglighet.

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

- Fler ambulera team behövs för att undvika inläggning på sjukhus – MALT har varit fantastiskt men om det hade funnits hela tiden hade det varit bra. Det hade varit bra med en ambulera psykiatrimottagning
- Vid behov av utökat stöd för insatser utanför kontorstid finns dessa upprättade men behöver göra dem kända hos samverkanspartners – ambulans med mera. Primärvårdsläkarteam nämns som viktig samverkanspartner med sedan tidigare etablerad medicinskt akutläkarteam..
- Lokal ledningsgrupp inom ramen för Närvårdssamverkan är nyligen uppstartad varav ett ägt rum.
- PUD och utskrivningsdatum behöver uppdateras fortlöpande för att möjliggöra hållbar planering.
- 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

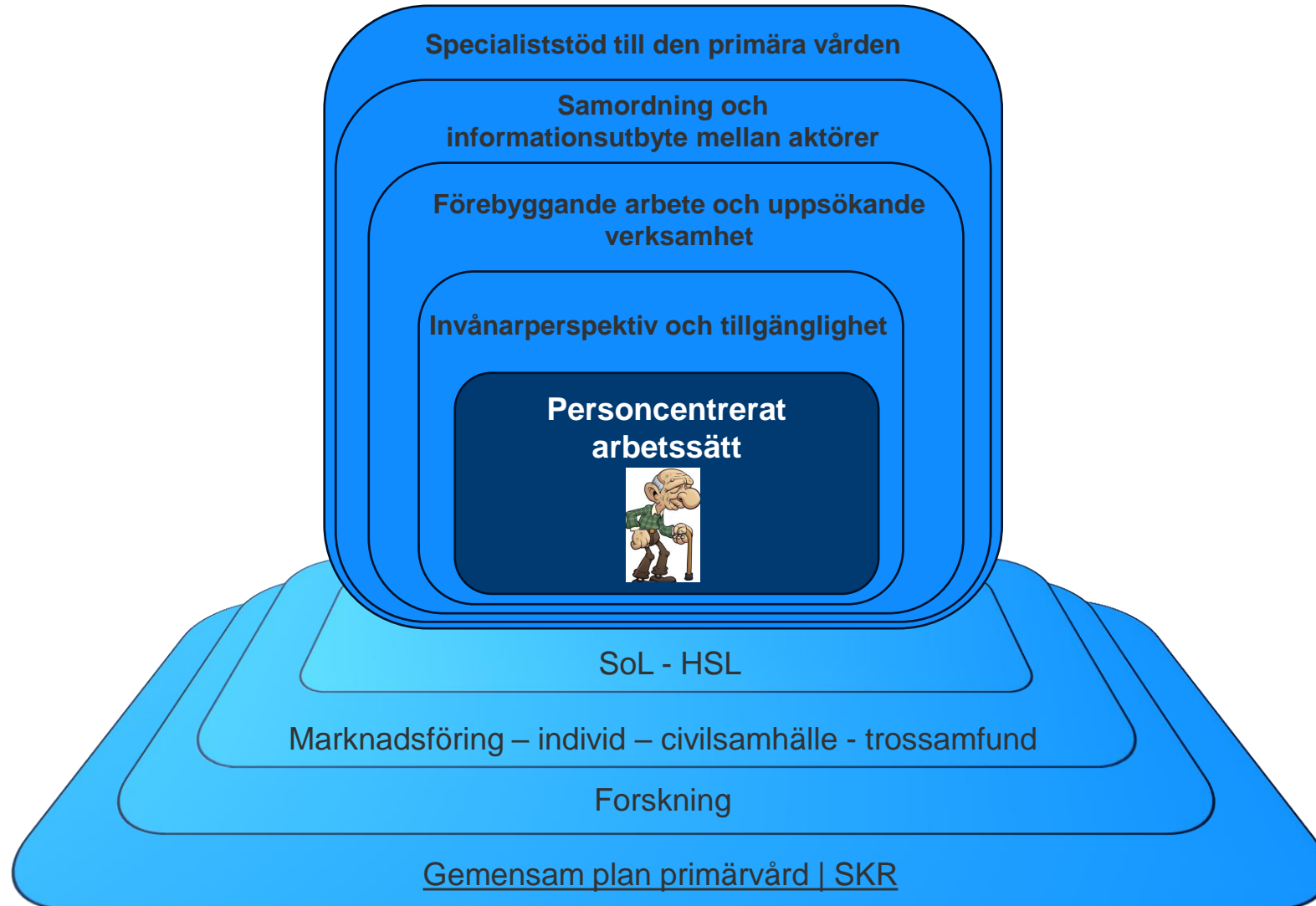
- Efterfrågan gällande tillgänglighet att kontakta specialistläkare utifrån råd för fortsatt behandling eller ställningstagande till sjukhusvård. Utvecklingsarbete pågår inom ramen för innovationsprojektet som syftar till [effektiva kontaktvägar mellan vårdgivare](#) och då med fokus på läkare som skall nå läkare. Detta föreslås kompletteras med att utöka provtagningstider och ha medicinsk kompetens tillgänglig dygnet runt. Då kan onödiga väntetider och belastning på akutsjukvården minskas.
- Kväll, helg och natt där målet är att vara hemma är beroende på om man är känd eller ej i den primära kommunala vården. Kräver ibland läkarbedömning för att göra ställningstagande om inläggning på sjukhus eller om korttid är en mer lämplig vårdform.

Medicinska vårdplaner

- En viktig uppgift för specialistvården är att strukturera arbetet med tydliga medicinska vårdplaner och om dessa är tydliga kan man utföra mycket vård i hemmet
- Medicinska vårdplaner och korrekta läkemedelslistor 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.

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 relativt god och de yrkesprofessioner som förväntas närvara gör så (*saknas på mötet gör habilitering och hälsa, folktandvård, hemtjänstpersonal och brukarrepresentant.*).

Herrljunga liksom fler kommuner har goda förutsättningar för samverkan då man har få aktörer och närheten till varandra. Tex En vårdcentral och en rehabmottagning i det geografiska området. Dock finns förbättringspotential gällande den lokala närvårdssamverkan. På workshopen nämns att nuvarande tillhörighet till V7 området kommer ändras till V8 och därmed Skaraborg och ligger till grund för diskussion på workshopen. Organisatorisk förändring med fortsatt närvaro i det geografiska området bör inte vara ett hinder och det med hänvisning till omställning och Nära Vård där man går från organisation till fokus på den enskilde individen. Beslutet med ny tillhörighet behöver dock adresseras för att skapa rätt förutsättningar inom ramen för beslutad process och Närvårdssamverkan.

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.

Som medskick från processledarna utifrån föregående workshoppar påtalas följande: 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 Herrljunga - Det blev tydligt att kommunikationen inom gruppen är oerhört viktig och något som alla fastnade vid och med det sagt förståelse för att framöver bedriva samverkansfrågor tillsammans. Samtidigt uttrycktes frustration över att flexibiliteten upplevs som för rigid – ”lagar och förordningar begränsar oss”. Ett exempel som nämndes var hembesök inför en helg där behovet fanns, men dialogen fastnade vid GDPR och liknande frågor i stället för att lösa problemet. Samtalen var goda, men utfallet upplevs stelt. Workshopen fick i uppdrag att utmana såväl juridik som ekonomi och politik.

Det diskuterades om hur viktigt det är att förebygga i lugna skeden hemma och att alla funktioner känner till varandra. Det finns redan insatser som seniorcafé och liknande i kommunen, men informationen behöver spridas bättre, exempelvis via pensionärsorganisationer. Ett konkret förslag var att ta fram en enkel folder med lättillgänglig information för dem som ännu inte har kontakt med vård- och omsorg. En annan idé var att skapa en väg in, exempelvis en äldre-mottagning där dialogen om behov kan mynna ut i samsyn – liknande en familjecentral med låg tröskel.

Ytterligare diskussion var också arbetssätt som kan förbättras, bland annat vårdcentralens närvaro i SAMSA efter utskrivning från sjukhus för att trygga hemgången. Det nämns att det hade varit värdefullt om sjuksköterska från vårdcentralen kunde delta i de veckoavstämningsmöten som redan finns inom den kommunala primärvården. Önskemål kom upp om att vårdcentralen ska ha en lägre tröskel för frågor från äldre, exempelvis via ett vanligt telefonnummer – något som motsvarar en väg in.

Nya arbetssätt nämndes också, där vårdcentralen tidigt upptäcker och diagnostiserar demens och kontaktar den kommunala primärvården inom ramen för förebyggande team. Hälsokontroller för invånare över 75 år lyftes som en förebyggande insats.

Forts.

Diskussion - *fortsättning*

Sammanfattning av workshopen Herrljunga - Resurser är en återkommande fråga – fler medarbetare behövs för att hinna med proaktivt arbete. Ambulerande team som MALT har varit fantastiska, men önskemål finns om att de ska finnas kontinuerligt och kompletteras med en ambulerande psykiatrimottagning. Vid behov av utökat stöd utanför kontorstid finns insatser, men de behöver göras mer kända hos samverkanspartners som ambulans. Primärvårdsläkarteam (PALT) nämndes som en viktig aktör tillsammans med MALT och är en del i propositionen inför 2026 dvs etableringen av närvaro av medicinsk bedömning från läkare och sjuksköterska inom den primära vården.

Gällande involvering av den specialistvården lyfts vikten av tydliga medicinska vårdplaner och korrekta läkemedelslistor är avgörande för att kunna utföra vård i hemmet. PUD och utskrivningsdatum behöver bli frekvent uppdaterad för att synka helheten. Digitalisering kom också upp – IT-stöd för äldre, motsvarande fixar-tjänst, och möjligheten till digitala läkarbesök skulle vara en utveckling. Ett personligt ombud för äldre lyftes som en stor vinst för individen.

Ekonomiska förutsättningar och dialog med politiken är en viktig del för att få framdrift i dessa frågor. Lokal ledningsgrupp inom ramen för Närvårdssamverkan är nyligen uppstartad, vilket ger hopp om bättre struktur, men nyligen inkommen information om närhälsans organisatoriska tillhörighet(V8) väcker farhågor. Vi berörde också individperspektivet – levnadsberättelser och vita brevet kan vara värdefulla för planering och förståelse av framtida behov, som exempelvis om man kan komma ner för sin trappa senare i livet.

Kväll, helg och natt där målet är att individen ska kunna vara hemma är beroende på om personen är känd i den primära kommunala vården. Det kräver ibland läkarbedömning för att ta ställning till vårdnivå. Läkare gör besök för att ta ställning till behov av sjukhusinläggning eller om vårdbehovet kan tillgodoses i hemmet eller korttidsplats. Fler ambulerande team från den primära vården skulle minska behovet av sjukhusinläggningar. Mötet avslutas med tankar om hur reklam riktat till målgruppen kan ske, exempelvis skriftlig information genom flera distributionsvägar.

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 yrkesverksammans 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.

1 ord om dagens förväntningar

Tydlighet

Tydlighet vad som förväntas
Tydlighet kring förväntningar
Lätt för medarbetare att sprida vidare

Framåt och utveckling

Framåt – utveckling
Möjlighet framåt
Enad syn framåt
Förhoppning om samsyn
Intressant

Fokus på de sköra äldre

Samsyn kring de sköra äldre
Den sköra äldres behov

Samordning och information

Samordna
Information

Samarbete och samverkan

Samarbete
Samverkan och dess form
Samverka
Stärka samarbetet

Relationer och förståelse

Lära känna
Lära känna nya
Förståelse för varandra
Få ansikten på kollegor



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



Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg