

# Rapport workshop Nära vård

## Tranemo 2025-10-14



**Närvårdssamverkan**  
Södra Älvsborg

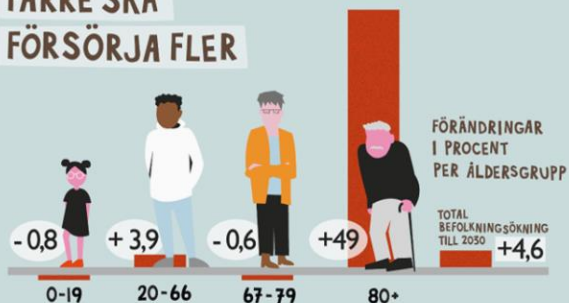
# Omställningen



**Närvårdssamverkan**  
Södra Älvsborg

# Nära Vård - varför

FÄRRE SKA  
FÖRSÖRJA FLER



FÖRÄNDRADE  
BEHOV

VARFÖR  
STÄLLER VI OM  
TILL  
NÄRA VÅRD?



DIGITALISERING FÖRÄNDRAR BETEENDEN

JÄMLIK HÄLSA



Optimera

# Fokusområden beslutade 241206



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

Nära vård

Personcentrerat arbetssätt

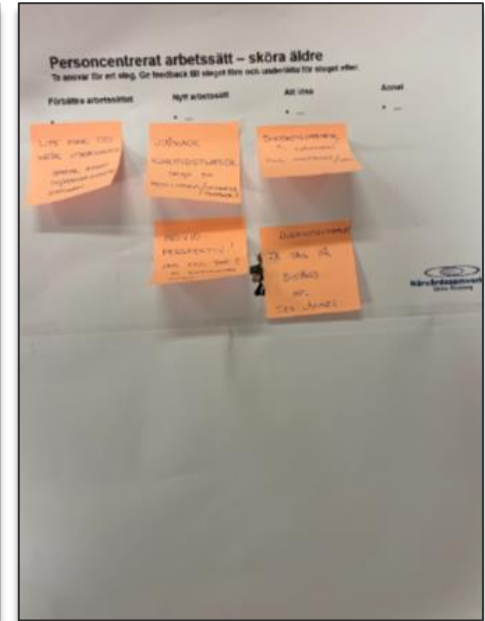
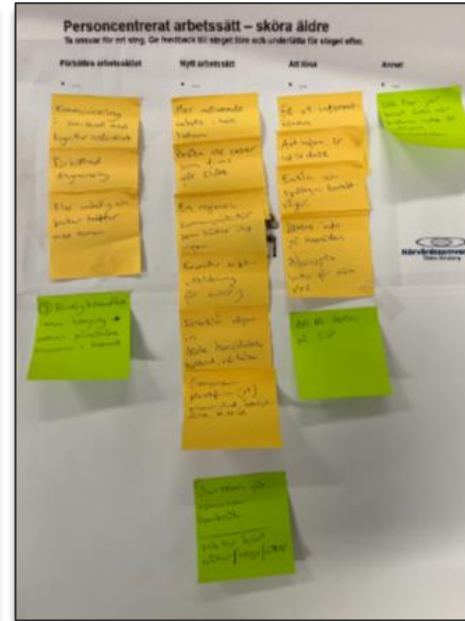
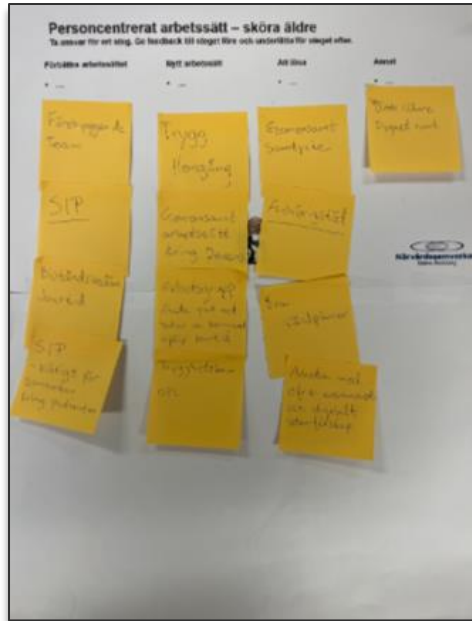
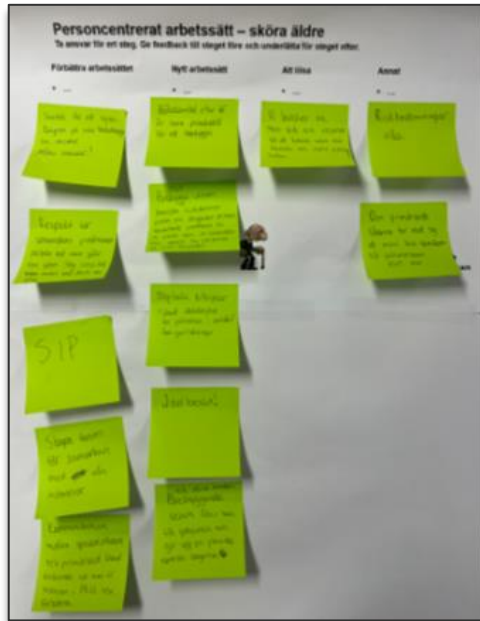
Beslutsunderlag Nära Vård

# Utfallet – lokalt

Citat och sammanställning utan  
värdering



# Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL



# Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

## Förbättra arbetssättet – Grupp 1

- Bättre på att använda SIP
- Reagera på förändringar hos patienter och reagera.
- Skapa forum runt patienten
- Respekt för varandras professioner men även ha god koll på eget ansvar
- Hälsokontroll för att förebygga
- Plan för förväntade händelser baserat kända åkommor
- Jourbeslut – förbättra insatser kväll, helg och natt
- Mer tid och resurs för att kunna skapa flexibilitet för att möta tidigt och arbeta förebyggande
- Göra riskbedömningar
- Primärvårdsläkare bör kunna remittera till NSVT och palliativt team
- Vision – ett multiprofessionellt team som vid akut händelse dagtid kunna samlas och åka ut till patienten oavsett vart de bor – motsvarande brandmän (släpp det man håller i och fokusera på den enskilde)



# Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

## Förbättra arbetssättet – Grupp 2

- Förebyggande team som är i gång igen och hur det kommer bli bra. Proaktiva SIP:ar kring specifika grupper
- Brukargruppen – pensionärsorganisation nämns – dela ut information om vad som finns för att sprida information
- Fler mötesplatser för äldre som hör ihop med punkt ovan
- Anhörigstöd är viktig funktion för grupper ovan
- För att kunna vårda hemma har hemtjänsten en viktig roll och föreslår mindre trygga grupper med tillhörande kompetenspåfyllnad
- Behålla hemma behövs jourrutinen uppdateras – bra generella direktiv behövs för att kunna skapa förutsättning för HsL-bemanning dygnet runt
- Bra vårdplaner som är kopplat till förebyggande-perspektiv och kopplad till punkt ovan
- Förbättra planeringen vid utskrivning från sjukhus
- Runda hörnen och ta bort fyrkantigheten – nosa på varandras områden och arbeta utifrån tillit



# Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

## Förbättra arbetssättet – Grupp 3

- Förebyggande när man fortfarande är hemma där lyfts vikten av kommunikation vid kognitiv svikt – rör sig om vikten av samtycke för att ta ärendet vidare och exempelvis informera primärvårdsläkaren om fortsatt handläggning
- Information vid tidigt skede – exempelvis brukar och anhörigträffar
- Använda de arenor som redan finns – pensionärsmöten, minimässor med mera för att sprida information om vilket stöd som finns
- Enklare väg in för den enskilde oavsett vilket stöd man behöver
- Motsvarande familjecentral behövs det även för äldre och anhöriga
- Instagram-konton har funnits som varit bra
- Diagnosintyg nämns i syfte att kommunicera vårdbehov mellan vårdgivare – samtycket lyfts som
- Förbättra SIP
- Läkare under jourtid
- Patienten skall vara färdigbehandlad innan hemgång från sjukhus – konkretisera vad som saknas
- Vid diagnosbeslut gällande kognitiv svikt även erbjuda utbildning för anhörig i syfte att klara sig bättre hemma
- Jourteam nämns där även läkare ingår



# Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

## Förbättra arbetssättet – Grupp 4

- Mer välplanerat vid hemgång oavsett vårdnivå
- Dagens upplägg med korttidsplatser kanske inte är optimalt – mer medicinsk fokus nämns som förbättringsområde – även mer omvårdnadsfokus nämns där otrygghet bör ligga till grund för att kunna kvarstanna för vidare omhändertagande
- Man behöver kunna hålla isär på de som vill vara hemma med stora insatser och de som inte vill vara hemma kopplat till otrygghet – att lyssna på den enskilde
- Individperspektivet dvs vad vill patienten enligt principen nära vård – lyssna aktivt för att dra gemensamma slutsatser och beslut
- Direktkontakt och direktnummer för att nå varandra tidigt och smidigt – nå varandra smidigt för att inte behöva gå ”hela laget runt” innan man når rätt funktion utifrån kontinuitet – gäller samtliga professioner och biståndshandläggare nämns som exempel
- Ej vara rädda för att lämna ut nummer – ingen kommer att ringa ner någon
- I Tranemo lämnas direktnummer ut till patienter, till respektive sjuksköterska (PAS), vilket man skall vara stolt över
- Mötesplatser förslås utvecklas då det nämns i rummet att det inte finns gott om det i Tranemo



# Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

## Förbättra arbetssättet – Grupp 5 - chefer

- Bygga på förebyggande team och bli riktigt duktiga och vassa där – att verkligen ge det arbetssättet luft i organisationen
- Bli bättre i alla lägen gällande SIP – gäller även förutsättningarna för professionerna att kunna bidra
- Biståndsbedömning jourtid arbetas med men behöver fortsatt utvecklas – inkluderar även läkarbedömning vid fall som är oklara
- Arbetssättet trygg hemgång nämns som viktig och behöver fortsatt utvecklas dvs vad innebär tryggheten för den enskilde – är det rätt biståndsbeslut som tas – är det rätt vårdnivå – primär kommunalvård eller annat
- Finna gemensamt arbetssätt kring demens vilket rör sömlös vård – en blänkare till kommun och bistånd vid diagnos
- Trygghetslarm vid OPL – fokusera även på de som enbart har trygghetslarm för att förebygga utökat vårdbehov tidigt
- Behov av anhörigstöd dit man kan höra av sig som anhörig – professionen behöver vårdas för att finnas kvar
- Vårdplaner för patienter behövs där avvikelser sker i deras mående
- Aktivt fortsätta mot digitalt utanförskap med mera – involvera civilsamhälle och organisationer (ex. intresse av skytte – skytteklubben hör av sig)
- Bedömningar dygnet runt behöver lösas för att få läkarbedömning (primärvård) när den behövs (det nämns i sammanhanget att primärvårdsläkare utanför kontorstid varit på besök – klockan 22 och suturering nämns som specifikt exempel)
- Samtycke nämns och de med enbart trygghetslarm nämns som exempel där samtycke behöver inhämtas för att därefter delge information till de som behövs för att lösa ett problem
- Viktigt att få igång lokal Närvårdssamverkan på nytt – legat på is under flertal år
- Fortsatt processarbete nämns där vikten av systematisk uppföljning av workshopen efterfrågas



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 och tillgänglighet

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.
- Enkla vägar in för den äldre genom till exempel en äldre-telefon.
- Noga planering vid en uttalad skör patient. Ligga steget före. Dokumentera väl och rapportera till varandra. Agera på förändringar. Använd SIP oftare.
- 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 som företrädesvis är en äldre-sköterska.
- I Tranemo har patient inskrivna i kommunal primärvård alltid direktnummer till "sin" legitimerade personal.

## 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](#) efterfrågas för ett gott mottagande för patienten vid hemkomst. För att säkerställa omvårdnadsbehov och rehabiliterade åtgärder i syfte att skapa en trygg situation i hemmet.
- Arbetssättet ökar självständighet och minskar omvårdnadsbehov och risken för återinläggning. Behovet upplevs inte tillgodoses fullt ut med dagens organisation och förutsättningar.
- Hemtjänstens utmaningar styrks av [forskning](#). Hemtjänsten har en viktig roll – mindre arbetsgrupper för ökad kontinuitet och personcentrering **föreslås**. Viktigt att denna personalgrupp får kompetenspåfyllnad för att kunna axla rollen i trygg hemgång med bland annat rehabiliterande förhållningssätt.
- Trygg hemma. Behålla hemma genom biståndsbedömning jourtid. Delegationsordningen för kommunal primärvård är uppdaterad men rutinen för hur det skall genomföras är inte klara.

*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 (regional). Att inkludera biståndshandläggare i vårdcentralens arbete kan effektivisera processen ytterligare. Tex att biståndshandläggare jobbar på vårdcentralen med regelbundenhet eller finns på plats vid tex vaccinationsdagar med mera. Ett fördjupat samarbete med hemtjänsten behövs också. Tex att vid omvårdnadsplanering även stämna av de med enbart larm för att vid behov samarbeta med vårdcentralen. Kommunikation mellan vårdgivarna i tidigt skede vid kognitiv svikt ger större möjlighet att stödja invånaren och dess anhöriga.
- 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. Tranemos rika föreningsliv bör vara en god förutsättning för detta.
- [Diagnosintyg](#) vid kognitiv svikt för god kommunikation mellan vårdgivare föreslås användas (samtycke viktigt). Samtycke är det enda som krävs.
- Vid diagnosbeslut om kognitiv svikt bör utbildning till anhöriga erbjudas.
- Mötesplatser för äldre i kommunal regi saknas helt. Detta är ett viktigt förbättringsområde i det förebyggande arbetet.
- Utöka informationen. Använda befintliga arenor – pensionärsmöten, minimässor med mera.
- Information i tidigt skede – brukar- och anhörigträffar.
- Ett uttalat anhörigstöd efterfrågas både vad som finns att erbjuda samt att tillgodose behov så tidigt som möjligt.
- Volontärsamordning, väntjänst, möjlighet till gemensam anordnad "seniorlunch" saknas i kommunen.
- Evenemangskalender där föreningarnas aktiviteter finns med så att alla kan se och vägleda de äldre.

## 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 bör ingå då de är en samarbetspartner för del av de invånare som är aktuella.
- SIP i de fall där behov framkommer genom samarbete ovan.
- Chef i beredskap föreslås med syftet att utanför kontorstid kunna ta nödvändiga beslut utan fördröjningar.
- En del i samordnad äldrevård inkluderar förslaget med motsvarande familjecentral men då för målgruppen skör äldre och dess anhöriga.

## 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*). Som komplement till befintlig ViSam efterfråga att primärvårdsläkare bör kunna remittera till NSVT och palliativt team.
- 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 överbrygga avstånd och skapa tillgänglighet. Till detta tillgänglighet för varandra över bland annat telefon.

*Viktigt - respektive verksamhet har till ansvar att ha kända rutiner för utökade insatser utanför kontorstid.*

*Rutinerna skall innefatta hur informationen förmedlas för daglig dialog enligt ovan. Den primära vården som nav.*



# Specialiststöd till den primära vården

## Mobila team och tillgänglighet

- De befintliga mobila team som finns etablerat inom den specialiserade vården behöver fortsatt, och i samarbete med den primära vården, definieras gällande uttalad efterfrågan. Såväl volym och tillgänglighet under dygnets timmar samt innehåll. I **Tranemo** efterfrågas specialistvårdens närvaro i den vård som förespråkas flyttas hem samt stötta primärvården vid komplexa situationer.
- Att kunna få läkarbedömning i hemmet av primärvårdsläkare dygnets alla timmar efterfrågas. Främst till patienter inskrivna i kommunal primärvård.
- Vision i Tranemo – ett multiprofessionellt team som vid akut händelse dagtid kunna samlas och åka ut till patienten oavsett vart de bor – motsvarande brandmän (släpp det man håller i och fokusera på den enskilde).
- 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

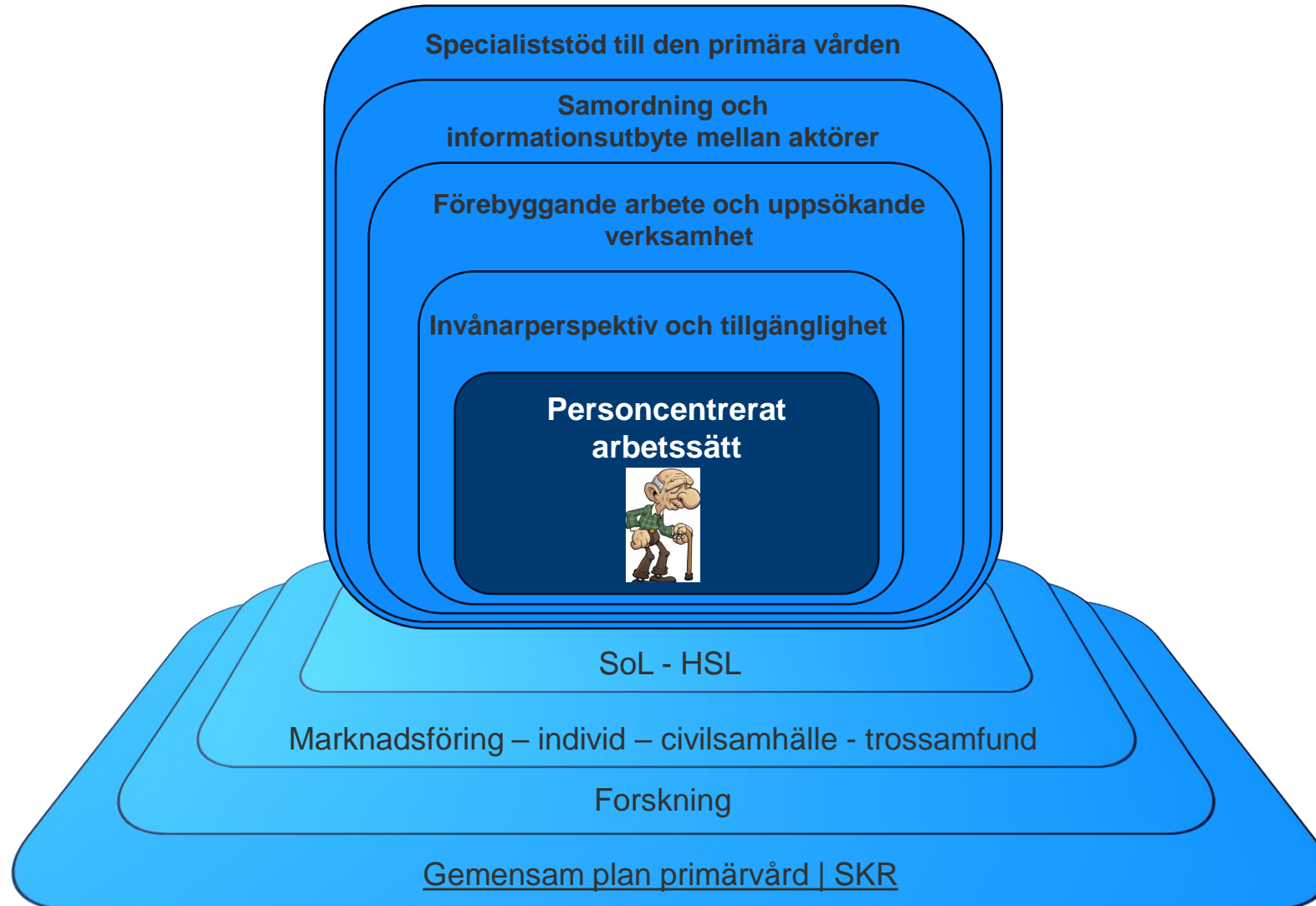
- Efterfrågan gällande tillgänglighet att kontakta specialistläkare utifrån råd för fortsatt behandling eller ställningstagande till sjukhusvård. Utvecklingsarbete pågår inom ramen för innovationsprojektet som syftar till [effektiva kontaktvägar mellan vårdgivare](#) och då med fokus på läkare som skall nå läkare. Detta föreslås kompletteras med att utöka provtagningstider och ha medicinsk kompetens tillgänglig dygnet runt kan onödiga väntetider och belastning på akutsjukvården minskas.

## Medicinska vårdplaner

- Medicinska vårdplaner är centrala för kontinuitet och trygghet. När behandlingsplaner är tydliga och översäkrade 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 god och de yrkesprofessioner som förväntas närvara gör så (*saknas på mötet är habilitering och hälsa*). Deltagarantalet är högt. Brukarrepresentant medverkar och bidrar med lokalt perspektiv till det som målgruppen på nationell nivå delgivit gällande vad begreppet trygghet innebär och sammanställt av Socialstyrelsen.

**Tranemo** är en av de kommuner som har goda förutsättningar för samverkan då närheten till varandra är tydlig. Två vårdcentraler är aktiva i det geografiska området och består av såväl offentlig som privat utförare. Dessvärre har den lokala ledningsgruppen genom Närvårdssamverkan inte varit i drift under en tid och bör betraktas som en del i att lösa för framdrift. Som flertal andra kommuner är del i utmaningen det geografiska perspektivet där ytan är stor och ytterområden relativt långt från centralorterna. .

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 behövande 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.
- Detta resulterar ofta till hög personalomsättning och sjunkande kompetens vilket driver kostnader och sänker kvalitén. Ett framgångsrikt exempel på alternativ styrning finns bland annat från [Mörbylånga där minutsturning frångåtts i hemtjänsten](#).

**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** - det nämns i helgrupp att trygg hemgång behöver inkludera huruvida den enskilde patienten känner sig trygg eller ej och faller inom ramen för personcentrerad vård där man som profession lyssnar in den enskildes upplevelse. Det kan i enstaka fall falla inom ramen för oetiskt och orimliga krav men också enstaka fall där det är fullt rimligt behov. Viktigt att klargöra vad som är trygghet för den enskilde individen och om det inte går att skapa hemma krävs korttidsplats.

För att stärka vårdkedjan för äldre krävs bättre samverkan mellan vårdnivåer, särskilt vid övergångar som utskrivning från sjukhus. Primärvården bör ha möjlighet att remittera direkt till specialiserade team, vilket ger snabbare och mer träffsäkra insatser. Vårdplaner behöver vara både förebyggande och flexibla, så att de kan anpassas vid förändringar i patientens mående. Tillgång till läkare under jourtid är avgörande för att kunna fatta rätt beslut, särskilt kvällar och helger. Att kunna få läkare på plats dygnet alla timmar efterfrågas. Genom att förbättra jourrutiner och planeringen vid hemgång skapas bättre förutsättningar för att patienter ska kunna vårdas tryggt hemma

Det nämns även att grunden i att arbeta tillsammans är tilliten till varandra där workshopens sammankomst gjorde tydligt hur många olika professioner det finns inom ramen för vård- och omsorg. Genom att träffas och föra dialog om gemensamt mål är strävan att "runda hörnen i stället för behålla dem fyrkantiga". Att arbeta utifrån respektive lagstiftning men också har förståelse för varandras ansvar och på så vis *"ta ansvar för ert steg - ge feedback till steget före och underlätta för steget efter"*. Alltid med den enskilde individen i centrum och som den röda tråden.

Det nämns på workshopen att när beslut är taget i styrgrupp och politik, skall samtliga "köra åt samma riktning". Kommunikation nämns även som viktig del i Tranemo där strävan åt samma håll också eliminerar risken att "kasta varandra under bussen" då inställningen att alla medverkar för att göra gott och är del i grundprincipen och förutsättningen. Återetablering av sedan tidigare befintlig lokal ledningsgrupp inom ramen för Närvårdssamverkan nämns som viktig med målet den primära vården som nav.

Forts.

# Diskussion - fortsättning

Tillgänglighet till varandra (inklusive att dela med sig av telefonnummer) är viktigt för att lösa ut frågan om hållbar, nära och personcentrerad vård och kärnan i utfallet från Tranemos workshop.

Slutligen nämns vikten av att ha med politik och beslutsfattare med på resan för den framdrift som eftersträvas. Den lokala politiken bör involveras då det är oklart för deltagarna på vilket vis de är insatta i frågan.

Ledning och lokal politik kommer att ta del av underlag för gemensamma beslut den 12 december 2025.

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.

# 1 ord om dagens förväntningar

## Samverkan

**Fokus:** Praktiskt samarbete mellan olika aktörer och professioner.

Samverka på riktigt, samverkan i praktiken, börja samarbete, gott samarbete över gränser, mer samarbete, bättre samarbete, samarbete, samverkan, samverkan mellan professioner, samverkan och startskott, tillsammans för medborgare, knytkalas – alla bidrar, dela kunskap, minska steget för att ta kontakt med varandra, se fler ansikten, lära känna kollegor från kommunen, lära känna fler

## Samsyn

**Fokus:** Gemensam förståelse, målbild och ansvarsfördelning.

Samsyn  
Gemensam målbild  
Samverkan och samsyn  
Förståelse  
Förståelse för varandras uppdrag  
Tydlighet i vem som ansvarar  
Nyfiken  
Lära sig nytt  
Lärorikt

## Brukaren i fokus

**Fokus:** Att samverkan och samsyn utgår från individens behov.

Brukaren i fokus  
Ny socialtjänstlag och nära vård – få ihop  
Gemensamt





# Länkar



**Närvårdssamverkan**  
Södra Älvsborg

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



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