

Rapport workshop Nära vård

Ulricehamn 2025-10-01



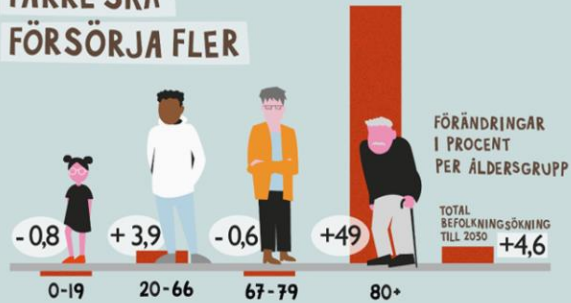
Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

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

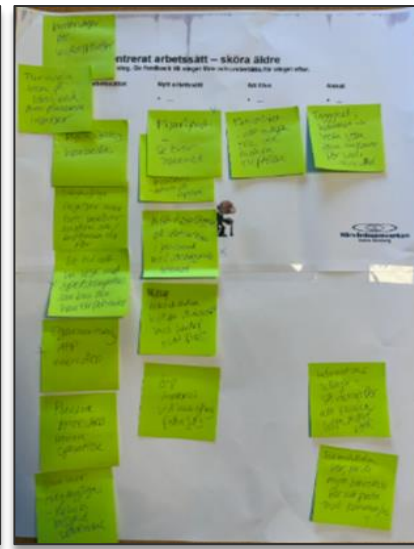
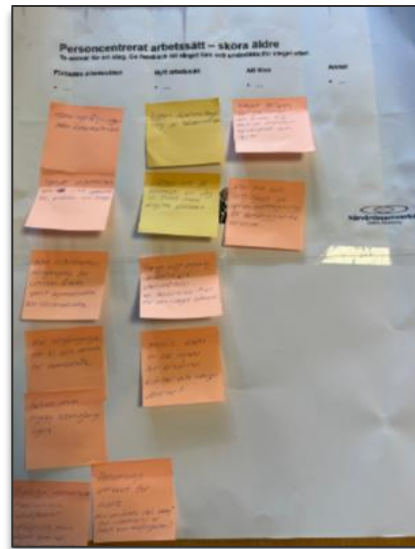
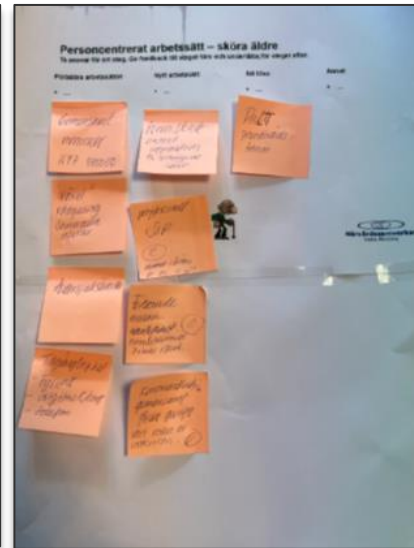
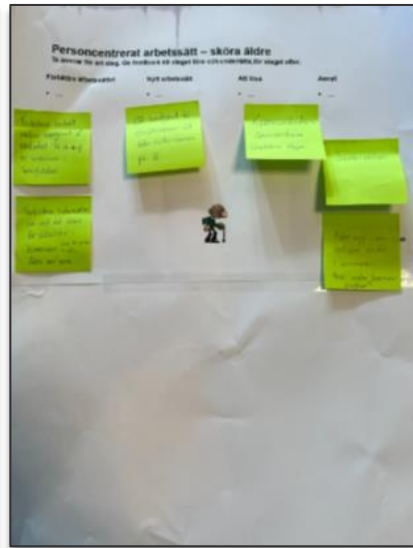
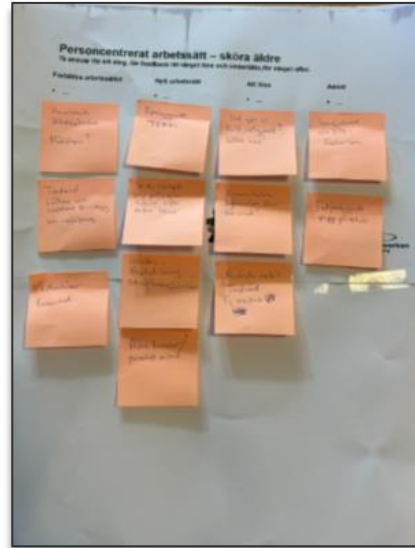
Beslutsunderlag Nära Vård

Utfallet – lokalt

Citat och sammanställning utan
värdering



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Förbättra arbetssättet – Grupp 1

- Förebyggande team som vi nu börjat med – sedan hembesök för äldresjuksköterska.
- En del hembesök görs genom äldresjuksköterska med information vart man kan vända sig med SoL – såromläggningar kortare tid med mera.
- Vid möte med patienterna försöker man se en helhet – oavsett yrkeskategori dvs feedbacka nästa profession.
- Utbildning i digitalisering för patienter, brukare, invånare.
- Äldreкуратор eller personligt ombud – finns ej i dagsläget. Invånare som har en viss digital utanförskap.
- Samtalsstöd utifrån existentiella frågor – en kommunal äldreкуратор efterfrågas.
- Intyg för nödvändig tandvård – det får man genom vårdcentralen via sjuksköterska, läkare, biståndshandläggare, kommunal primärvård
- Fallförebyggande grupp.
- Fungerar ganska så bra dagtid men värre på kvällar och natt.
- Samsjukvård fungerar väl – samtal går till joursjuksköterskor som kan vara behjälpliga med flertal insatser som motverkar besök på akuten.
- Det fungerar väl med kommunikation med de team som finns samt specialistvården vid ex. hemsjukvård (dialys nämns som exempel).
- Uppsökande tandvård nämns men får inte ge vård – däremot finns det besökande (Oral Care nämns).
- Vid bordet nämns att man nu vet vad olika professioner gör – det efter dagens möte. Men vad gör övriga och hur får man ut informationen.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Förbättra arbetssättet – Grupp 2

- Förbättra arbetssätt – täta uppföljningar från äldresjuksköterska genom telefonuppföljning i syfte att skapa trygghet.
- Sprida information är viktig. Enstaka uppdrag via sjuksköterska finns men oklart hur känt det är.
- Informationen tillgänglig för synnedsatt, hörselnedsatt samt över språkbarriärer.
- Mer tillgänglig vårdcentral, rehab samt arbeta mer med hembesök.
- Trygg hemgång nämns och vill arbeta mer med detta arbetssätt igen.
- Medicinska vårdplaner behöver vara tydliga från vårdgivare – mediciner skrivs ut eller kateter in – hur skall jag som patient hantera detta och vart vänder jag mig om jag undrar något.
- Nya arbetssätt – en äldremottagning på vårdcentralen. Drop-in funktion.
- Det konstateras att digital kontakt ibland är svår. Chatt nämns som exempel där den mänskliga kontakten saknas och förespråkas.
- Anhöriga behöver fångas vid exempelvis besök på vårdcentral eller sjukhus – behöver säkras upp genom ställd fråga redan från vårdcentralen.
- Mobil vård genom sjuksköterska, bistånd (jour nämns) med fler då patienten är på väg hem där alla förväntningar i dagsläget ligger på hemtjänsten.
- Patienter som hamnar mellan rehabträning och gymträning – vem fångar upp dem och vilka forum som är lämpliga för dessa individer.
- Möjliggöra mer tid för rehabmottagning för mer av förebyggande hembesök.
- Personligt ombud nämns för att lotsa äldre.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Förbättra arbetssättet – Grupp 3

- Förbättra – gemensamt nummer dvs en ingång. 1177 och kommunens nummer och får hjälp därifrån.
- Växelrådgivning och samordna insatser – att man tar emot och samordnar insatserna (region och kommun).
- Äldresjuksköterska och dess uppgifter har informerats om i gruppen.
- Tillgänglighet – att det finns fysiskt, digital, chatt och telefon. Alla sätt behöver finnas.
- Nytt arbetssätt – hemskick och information från olika vårdgivare eller funktion. Både vad gäller stöd, insatser, instanser med , mera.
- När det väl händer behöver information finnas – behöver samverkas dvs professionerna pratar ihop sig.
- SIP – ett för-SIP och en aktuell SIP. Kan vara fall som ligger till grund för dialog. Både träna men även riktiga fall.
- Förebyggande team tror man verkligen på – träffas dock för lite som på dagens forum och därigenom kom punkten professions-SIP fram. Komma ifrån NI och bli VI.
- Förtroende mellan kommunal vård och primärvård – ett förtroende konstateras dvs att det finns. Ambulansen nämner att det finns ett förtroende att man som ambulans kan boka en tid på vårdcentral och patienten kan vara kvar hemma och vet klockan 4 på morgonen att tid är bokad klockan 9 på vårdcentralen.
- Regelverk (Hälsa- och sjukvårdsavtalet och dess innehåll) är viktigt att ha insyn i och kompletteras till punkt ovan.
- Hjälpmedel och förtroendeförskrivning mellan vårdgivare – samarbeta och låna av varandra för att säkra upp. Ett center för hjälpmedel föreslås – genom gemensam bokningssida.
- PALT – primärvårdsteam nämns för att öka på samarbetet med primärvården genom etablerad MALT. Växeldra och samarbeta för att låta patienten vårdas på rätt vårdnivå.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Förbättra arbetssättet – Grupp 4

- Förbättrat arbetssätt – hemtjänsten nämner behovet av förbättrad kontakt mellan hemtjänst och vårdcentral. Ex. nämns där man är hemma hos en vårdtagare hos patient som ej är inskriven i hemsjukvård. Ett direktnummer till äldresjuksköterska hade varit att föredra (VIP-nummer kompletteras genom annat bord och landar inom hägnet information mellan vårdgivare).
- Förbättra information om vad det finns för insatser, professioner med mera inom kommunal verksamhet (OASEN nämns som ex).
- Direktnummer till vårdcentral från hemtjänst.
- Kommunikation och information behöver lösas – hur får man ut den på bred front.
- Snabbare vägar utifrån kommunikation nämns.
- Äldre-appen nämns där information nämns som exempel från kommun x (eventuellt Vingåker).
- Kommunikation och goda exempel nämns som nödvändiga för att dra lärdom av varandra.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Förbättra arbetssättet – Grupp 5 - chefer

- Ett exempel på remissprojekt från SÄS nämns som är bra för den enskilde. En patient som befinner sig på vårdcentral – ett subakut ärende dvs inte akut – ett pågående projekt där man konsulterar specialist för rätt vård på rätt nivå.
- Generellt medskick att KoK-boken (primärvårdens krav- och kvalitetshandbok) inte går ihop med helt fritt tänkande.
- Kunskapsnivån, dvs öka på, hos politiker nämns som behov med koppling mot punkt ovan.
- Dagens ersättningsmodell nämns som en utmaning för att kvantitet dvs många besök på vårdcentralen ligger till grund för intäkter snarare än att se hela människan vid sittande besök.



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Förbättra arbetssättet – Grupp 6 - chefer

- Kompetensförsörjningsbristen nämns och vikten läggs vid specialistutbildade undersköterskor.
- Planera eftervård redan innan operationer och det har testats av ortopedin SÄS.
- Våga prova ha biståndshandläggare på vårdcentralen – förslagsvis samma dag som man har äldremottagning i drift. Man behöver befinna sig där som den enskilde finns.
- Koppla samman fixartjänst med rehab för att motverka fallrisk.
- En viktig poäng att sitta tillsammans för att få insyn i respektives verksamhet och ansvarsområden.



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

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.
- [Planera eftervård innan operationer](#).
- Personligt ombud och äldre-kurator efterfrågas. Det är svårt för äldre att ha många kontakter med vården och existentiella frågor behöver omhändertas.

Trygg hemgång och Trygg hemma

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.

- Förbättra arbetssätt efter hemgång från sjukhus. Telefonuppföljning från äldre-sjuksköterska kort efter hemkomst.
- 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. Detta kräver kompetent omvårdnadspersonal som har ett rehabiliterande förhållningssätt. Specialist-undersköterska behövs inom flera områden.
- 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](#).
- Möjliggöra förtroendeförskrivning av hjälpmedel där ett "gemensamt" lokalt förråd efterfrågas. Kommunen har i regel mer i sitt "basförråd" än vårdcentralerna.

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. Grunden ligger i ett nära samarbete mellan biståndshandläggare, äldre-sjuksköterska samt arbetsterapeut (regional). Syftet med [förebyggande team](#) är att förstärka personens egna resurser för att bibehålla hälsa och självständighet. Detta bör göras i samarbete med folkhälsa, civilsamhälle och tandvård.
- Att inkludera biståndshandläggare i vårdcentralens arbete genom att de finns på plats regelbundet kan effektivisera arbetet. Det sänker trösklarna och ökar tillgängligheten till biståndshandläggare. Det möjliggör tidiga åtgärder.
- Viktigt att förbättra information om insatser. Inom kommunal verksamhet tex mötesplatser, fixartjänst för att motverka fallrisk, balansgrupp, gymnastik grupp, väntjänst för att motverka ensamhet. Alla aktörer behöver ha denna info lätt tillgänglig.
- Utöver målgruppen för förebyggande team finns ett behov av god samverkan mellan yrkesgrupper även vid sekundärprevention. Det rör mångsökare, multisjuka med omfattande hemtjänstinsatser (CFS 5-7) där tex äldre-sjuksköterska, läkare och hemtjänst är viktiga samarbetspartners. Öka möjligheten till hembesök genom bland annat att en är på plats och resten digitalt.

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.
- Ett uttalat anhörigstöd efterfrågas både vad som finns att erbjuda samt att tillgodose behov så tidigt som möjligt.

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.
- Kontaktvägarna för uppsökande tandvård behöver tydliggöras.

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

Förebyggande arbete och uppsökande verksamhet forts.

Mobila arbetssätt

- Det finns ett behov av att få ut läkare på hembesök dygnets alla timmar. Det är svårt för vårdcentralerna att lösa dagtid. Dygnet övriga timmar finns ingen möjlighet att få läkarbedömning på plats. Primärvårdsjouren är bara möjlig att konsultera via telefon.
- MALT är en välfungerande samarbetspartner men finns inte tillgänglig hela dygnet. De hanterar både primärvårdsfall och specialistvårdsfall.
- Samsjukvård fungerar väl. Personer som inte är inskrivna i kommunal primärvård kan få hjälp hemma utan att behöva åka till sjukhus bland annat genom insatser såsom spolning/byte av KAD och utökning efterfrågas gällande målgruppen.

Digitalisering

Det är viktigt att vården är tillgänglig för alla, oavsett digital kompetens.

- Tillgänglighet är personligt – fysiskt, digitalt, chatt och telefon. Allt passar inte alla.
- Det behövs utbildning i digitalisering för patienter, brukare, invånare. Äldre-appen nämns som exempel
- Informationen behöver vara tillgänglig för synnedsatt, hörselnedsatt samt över språkbarriärer.
- Hemskick och information från vårdgivare till de äldre är bra.
- Digital kontakt ibland svår att hantera för äldre – chatt mm saknar mänsklig kontakt.

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

Samordning och informationsutbyte mellan aktörer

Samordning och kommunikation

- 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 och direktnummer till vårdcentralen från Hemtjänsten förespråkas.
- [SIP](#) – Samordnad Individuell Plan är ett utmärkt arbetssätt för att gemensamt ge invånaren den hjälp den behöver från de olika aktörerna och tydliggöra vem som har ansvar för vad.
- PALT-primärvårdakutläkarteam (är önskvärt)/MALT – medicinskakutläkarteam där ökad läkarmedverkan dygnets alla timmar efterfrågas.

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 personcentrat 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.
- Förbättringsförslag nämns där gemensamt nummer efterfrågas (1177 + kommun).

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 Mark 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 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 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.

Kommunikation med specialistvård

- Det fungerar väl med kommunikation med de team som finns samt specialistvården vid ex. hemsjukvård (dialys nämns som exempel).
- Medicinska vårdplaner behöver vara tydliga från vårdgivare gällande bland annat mediciner, hantering av kateter med mera. Detta i syfte att man som patient skall kunna hantera detta och vart man skall vända sig vid frågor. Det gäller såväl för kommunal primär vård som regional.
- Remissprojekt från SÄS nämns där ett exempel på remissprojekt från SÄS lyfts som är bra för den enskilde. En patient som befinner sig på vårdcentral, subakut ärende dvs inte akut, ett pågående projekt där man konsulterar specialist för rätt vård på rätt nivå.

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*). Brukarrepresentanter medverkar och det som värdefullt komplement till vad målgruppen på nationell nivå delgivit gällande vad begreppet trygghet innebär och sammanställt av Socialstyrelsen.

Ulricehamn är en av de kommuner som har goda förutsättningar för samverkan. Det baseras på att det bland annat finns en etablerad lokal ledningsgrupp sprungen ur Närvårdssamverkan samt ett gott samarbetsklimat. Utmaningen för Ulricehamn är ur ett geografiskt perspektiv där ytan är stor och ytterområden relativt långt från centralorterna. Deltagare beskriver ett redan gott samarbete med MALT samt framsteg inom ramen för [Samsjukvården Södra Älvsborg](#). Antalet vårdcentraler är två och bidrar till god förutsättning för samsyn och till det en väl fungerande lokal ledningsgrupp är förutsättningarna goda.

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.

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

I **Ulricehamn nämns vikten av** att möta framtidens behov inom vård och omsorg och för det krävs ett helhetsgrepp där digitalisering, tillgänglighet och samverkan står i centrum. Utbildning i digitala verktyg för patienter och invånare är avgörande, samtidigt som vi måste erkänna att digital kontakt ibland upplevs som opersonlig och svårhanterlig – därför behövs alternativ som chatt med mänsklig närvaro, telefonkontakt och öppen mottagning med tillhörande lots.

En äldre-mottagning på vårdcentralen, återupptagande av trygg hemgång och hembesök från äldre-sjuksköterska är exempel på arbetssätt som stärker kontinuitet och trygghet. Samsjukvård fungerar väl. Samtalsstöd kring existentiella frågor och ett personligt ombud som lotsar äldre genom vårdsystemet efterfrågas.

För att nå alla krävs tillgänglig information över språkbarriärer och för personer med syn- eller hörselnedsättning. Kommunikation mellan hemtjänst och vårdcentral, direktnummer och gemensam bokningssida för hjälpmedel är viktiga förbättringar. Förebyggande team, daglig samverkan och bland annat förebyggande insatser skapar proaktiv vård.

Samverkan med specialistvård, tydliga medicinska vårdplaner och rätt vårdnivå via remissprojekt från SÄS stärker vårdkedjan. Kunskapsnivån hos politiker behöver höjas, och dagens ersättningsmodell försvårar utvecklingen mot ett mer förebyggande arbetssätt. Kompetensförsörjning är en utmaning och kräver åtgärder för att bland annat upprätthålla en adekvat kompetensnivå som motsvarar omställningens behov. Det inkluderar såväl omvårdnadspersonal som legitimerad personal. Antal specialistutbildade undersköterskor och legitimerad personal behöver öka för att möta behovet.

Kommunikation måste ske på bred front – med goda exempel, snabbare kommunikationsvägar. Förtroende mellan kommunal vård och primärvård är avgörande, liksom förståelse mellan professioner. Genom att våga prova nya arbetssätt, som biståndshandläggare på vårdcentral, mobil vård och uppsökande tandvård, skapas en mer tillgänglig och sammanhållen vård för äldre. Ökad kännedom om lagrum, hälso- och sjukvårdsavtal, inskrivningskriterier kommunal primärvård och socialtjänstlagen behövs för ökad förståelse på helheten.

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 kommunen, 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 med målet att uppnå den primära vården som nav enligt diskussionens inledning.

1 ord om dagens förväntningar

Mänskligt fokus

Individfokus
Brukarfokus
Patientfokus
Förståelse

Känslor och attityder

Förväntansfull
Glädje
Kul att se ansikten
Förändringsvilja

Samarbete och samverkan

Samarbete
Samverkan
Teamsamverkan
Teamarbete
Bättre teamarbete
Samarbete över gränser
Samverkan över gränser
Tillsammans
Lära känna nya människor
Haka i varandra
Samverkan – vad är alternativet

Kunskap och information

Information
Kunskap
Kommunikation
Digitalisering
Teknik och mänsklighet

Utveckling och förändring

Utveckling
Gemensam utveckling
Förändring
Framtidens utmaningar
Samma mål



Länkar



Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

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



Ett stort tack till ert deltagande.

Lycka till med ert fortsatta arbete.

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



Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg