

Rapport workshop Nära vård

Vårgårda 2026-01-12



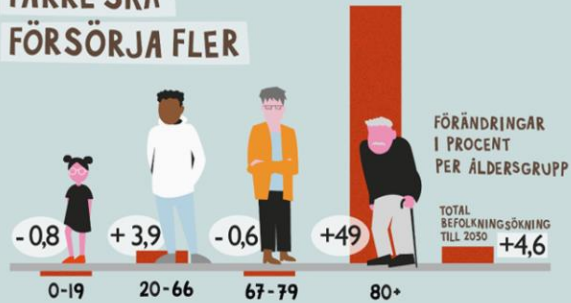
Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

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

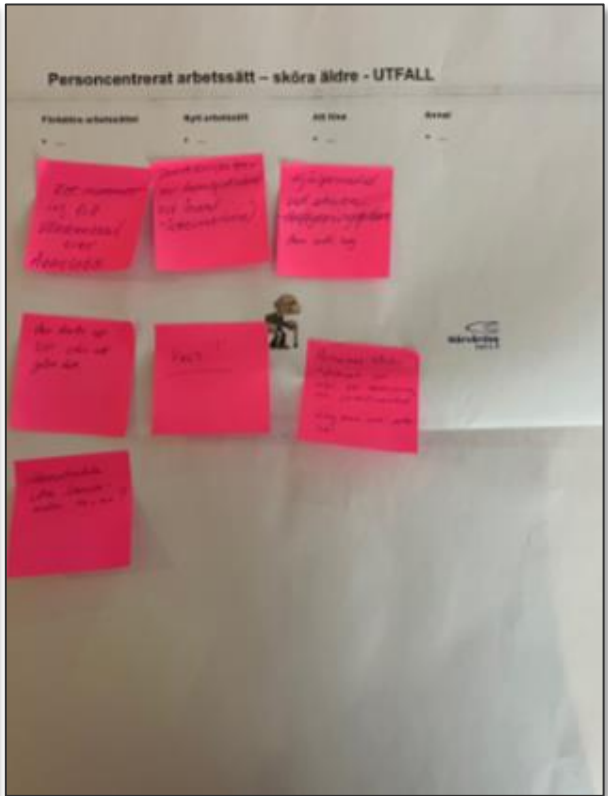
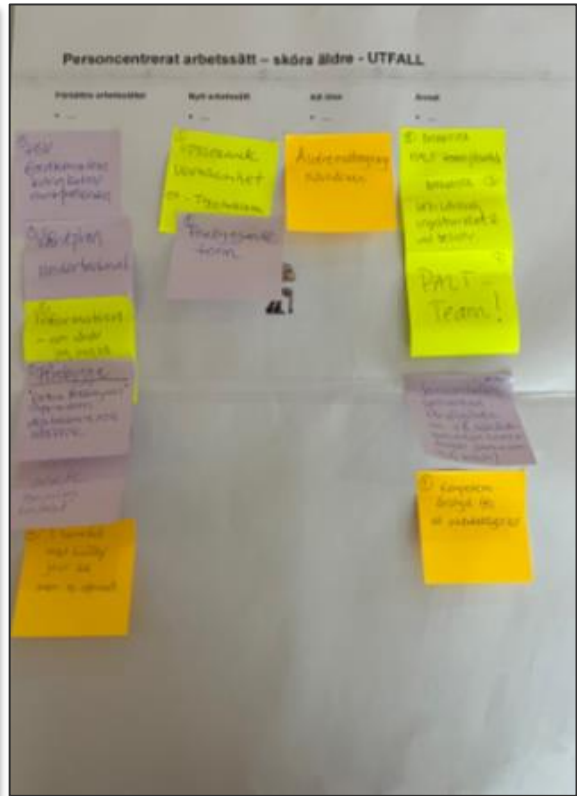
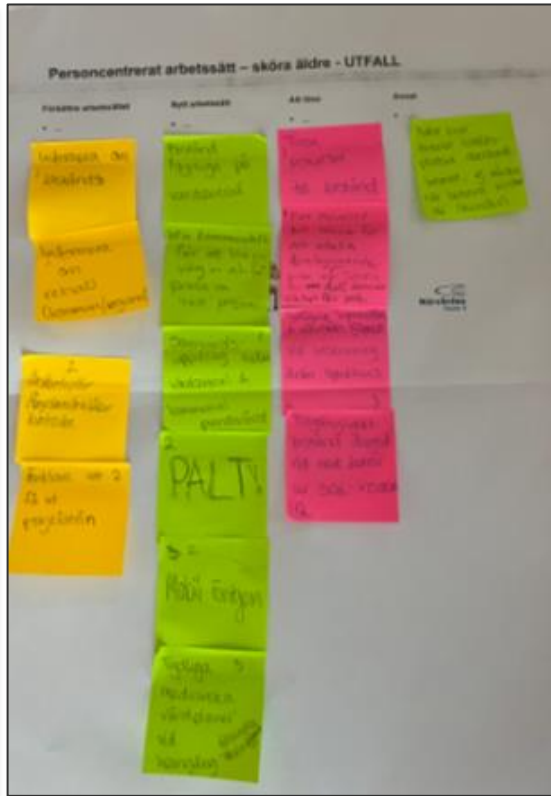
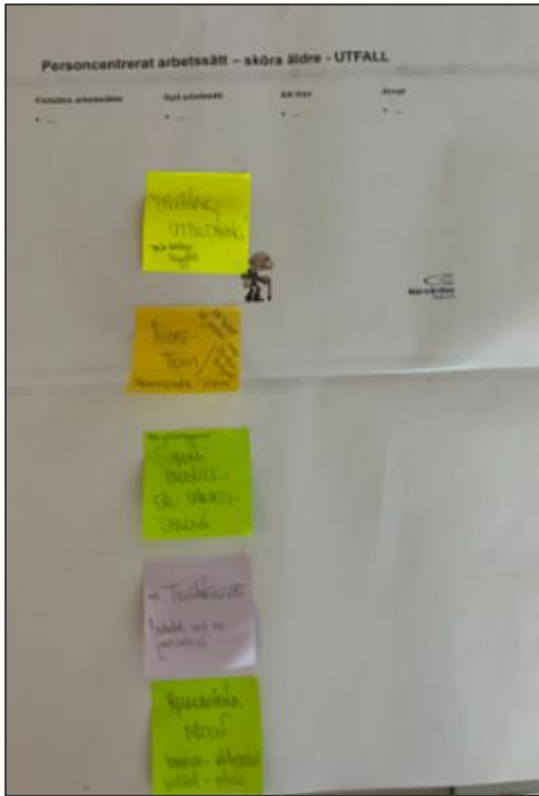
Beslutsunderlag Nära Vård

Utfallet – lokalt

Citat och sammanställning utan
värdering



Personcentrerat arbetsätt – sköra äldre - UTFALL



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 1

- Svårt att starta upp en SIP då "man" inte vet hur man gör
- Utöka innehållet i veckovis SAMSA-möten eller fundera över vilka forum som är lämpligast
- Ett nummer in till vårdcentralen motsvarande äldre-lots av värde – skall vara i drift inom 2026 enligt Kok-bok (Krav- och kvalitetshandbok primärvård)
- Punktinsats vid icke-inskriven (Samsjukvården) är av intresse och nytt arbetssätt
- Hjälpmedel på helger behöver lösas ut dvs för att fortsätta vård i hemmet
- Portabel EKG-apparat behövs för att läsa av värden för att minimera risken för inläggning



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 2

- Förbättra arbetssätt genom att informera om olika instanser vi har samt vart man tar kontakt – med bistånd – med rehab med fler
- Regelbundna års- och läkarkontroller hade förebyggt behov i tidigt skede – främst för de som ej är inskrivna då inskrivna i mångt och mycket är omhändertagna – målet är att förebygga att fler behöver vård- och omsorg
- Närvaro vid bland annat vaccinationsdagar för att informera om de insatser och instanser som finns
- Nytt arbetssätt hade varit bra med PALT för att möta individer i hemmet och motverka inläggning
- Kommun-lots (äldre-lots) förespråkas – över verksamhetsgränserna – dvs en funktion som mottar frågor och information och hänvisar vidare – helpdesk för invånare
- Efter hemgång från sjukhus förespråkas bättre information och tydliga medicinska vårdplaner för att minska återinläggningar
- Tillgänglighet till bistånd behöver lösas under dagtid vid akuta behov – snabbare väg – svårt att nå varandra
- Samvårduppdrag mellan vårdcentral och kommunal primärvård genom upprättat och utökat samarbete – regelbundna möten och team – hänvisning görs till Hälso- och sjukvårdsavtalet
- Förebygga i lugnt skede görs förstabesök av rehab under de 14 första dagarna och höra vad den enskilde vill göra – besöka väninna en våning upp med mera som motivering för att komma igång och motivera utökad insats och rörelse – att frigöra tid för det förebyggande arbetet är av stor vikt
- Följa upp beslut tidigare för att motverka utökat behov
- Bra om antal korttidsplatser inte minskas – variation finns över tid men behovet är att de som finns är kvar – upplevelsen är att nuvarande antal räcker (frågan är vilket antal som finns över tid om mer förebyggande insatser kan utökas)



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 3

- Invånarutbildning genom vårdcentral eller kommun där man gemensamt sprider kunskap med målet att öka känslan av trygghet – motsvarande BVC men för äldre
- Ett äldre-team förespråkas – finns uppstartat men ej kommit längre – folkutbildning men de som behöver det mest kommer ej. I det förebyggande teamet över en viss ålder screena och fånga de som är tidigt i skedet för att motverka vård- och omsorgsbehov – genom äldre-sjuksköterska från vårdcentralen
- Screeningen kräver regelbundna möten för att systematiskt få fart och komma igång – SAMSA-möten som nu äger rum två gånger i veckan ger något men än tätare möten behövs – därefter åka ut tillsammans till berörd invånare för att skapa samsyn
- Utmaningen är att det som påbörjas måste hålla över tid – bygger på att man lägger det på en funktion utifrån gemensamma beslut snarare än på person
- Önskedröm att primärvård löser mycket akuta besök i dagsläget men försöka styra om så att man kan arbeta klart mycket mer preventivt – det föreslås att ex. närvårdsakut (jourverksamhet) som istället tar de korta akuta besöken som inte kräver uppföljning och de lokala verksamheterna fokuserar på det preventiva
- Invånarna som ej är inskrivna – låter bra om den kommunala primärvården genom information från 1177 kan lösa uppgifter istället för att man som invånare behöver besöka sjukhuset
- Önskvärt att man lättare når varandra över verksamhetsgränserna – vårdcentral och bistånd nämns som viktiga aktörer som ibland är svåra att nå



Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

Grupp 4 - chefer

- Vad går att göra när det är i lugnt skede – ??
- Vårdplan är av stor vikt enligt från bistånd – när man är frisk och vid sina sinnes fulla bruk kunna tala om för vård- och omsorg hur man vill ha det när det försämras – ett sätt att förebygga – gäller samtliga invånare över en viss ålder
- Information till invånare dvs vart vänder man sig för att få information om vad som finns – broschyr – information ut – grön broschyr nämns och finns redan i dagsläget (inkluderar kyrkan, föreningar med mera) – lots
- Uppsökande verksamhet genom förebyggande team – ansöker du om trygghetslarm besöker ett team för att se över helheten och möta tidigt – inom kort presenteras och införs förebyggande team
- Äldre-mottagning på vårdcentralen efterfrågas och nämns även på mötet att det kommer att införas
- Kväll- helg och natt brukar lösa sig men ej optimalt
- MALT och PALT förespråkas dygnets alla timmar
- Utbildning från specialistvård efterfrågas då uppgifter i det egna hemmet blir än mer komplext över tid – ett års-hjul med systematisk påfyllnad av kompetens är en stark önskan
- Primärvården i Vårgårda hamna under V8 framöver men samverkansfrågorna rör V7 området som inkluderas i Närvårdssamverkan – en uttalad utmaning
- Tandvården efterfrågar utökad samverkan med samtliga aktörer



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](#) lyfts som önskvärt. Teamarbete för att identifiera skör patient med uppföljande insatser enligt den primära vården som nav med tillhörande lots vore bra.
- En väg in, exempelvis till en äldre-mottagning där dialogen om behov kan mynna ut i samsyn. En "familjecentral" för äldre där många viktiga funktioner är under samma tak och det blir en "låg tröskel" är en tanke. En start kan va att tex bistånd och ev andra funktioner är på plats på vårdcentralens vaccinationsdagar.
- Uttalas önskan om att vårdcentralen har ett vanligt telefonnummer för äldre för att slippa hantera Tele-Q som ibland är svårt för denna målgrupp. Detta kommer att införas under 2026.
- Lots för äldre efterfrågas. Mottar frågor och underlätta hur de skall få hjälp med rätt kontakter.
- Punktinsatser för äldre personer som inte är inskrivna i kommunal primärvård efterfrågas. Projekt samsjukvård i samarbete med 1177 är under breddinförande. Fortsatt dialog med berörda chefer och projektledare för eventuell uppstart i Vårgårda
- Rutiner för utökade SOL-insatser kväll, helg och natt finns men är ej optimala. Förbättringsarbete kring detta kan vara aktuellt.

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

Invånarperspektiv och tillgänglighet – *forts.*

Information:

- Uppdatera informationsbroschyr om vart invånarna skall vända sig med olika frågor inte minst gällande vård och omsorg, mötesplatser med mera (grön broschyr nämns) Det är svårt för dem att veta vem som har ansvar för vad. OBS! Bör även finnas på hemsidan.
- Invånarutbildning gemensam kommun/vårdcentral med olika teman och info om vem man skall vända sig till i olika samang

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.
- I Vårgårda görs hembesök av kommunal primärvård av rehab inom 14 dagar även hos personer som inte haft ett uttalat rehab-behov. Detta 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

- Uppsökande verksamhet och förebyggande team skapar förutsättningar för tidiga insatser och minskad behov av akut vård. Genom hälsosamtal, årskontroller, kartläggning (bland annat CFS-skattning) och uppdaterade vårdplaner kan både patienter och anhöriga få rätt stöd i tid. Till exempel att vårdcentralen upptäcker och diagnostiserar demenssjukdom tidigare och kontaktar kommunen i samband med det.
- SIP är ett bra verktyg i detta sammanhang. Upplevelsen är en osäkerhet kring SIP pga. att man är ovan att göra det. Utbildningsinsats behövs och att man gemensamt börjar gör fler. Förebyggande team gör SIP i samband med hembesök.
- Ett gemensamt "äldre-team" har tidigare funnits och bör återskapas.
- Att inkludera biståndshandläggare i vårdcentralens arbete kan effektivisera processen ytterligare . Grunden ligger i ett nära samarbete mellan biståndshandläggare, äldre-sjuksköterska samt arbetsterapeut (regional). Tillgängligheten mellan professionerna behöver förbättras. 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.
- Beslut i närvårdssamverkan Södra Älvsborg att förebyggande team skall införas i alla samverkansområden. Detta arbete har inte startats i Vårgårda på grund av lokala omständigheter. Nytt ställningstagande av berörda chefer på lokal nivå krävs. Projektledare för förebyggande team finns att tillgå från närvårdssamverkan. Fortsatt dialog med berörda chefer.

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

- Tandvården efterfrågar utökat samarbete. Det bör etableras en koppling mellan vårdcentral, kommun 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. Redan idag pågående SAMSA-möten som äger rum 2 gånger per vecka förespråkas äga rum oftare. Även screening kräver mer regelbundna möten och genom att träffas dagligen under kontorstid på vardagar stärks samarbetet. Tandvården nämner vikten av att inkluderas som del i ett förebyggande och proaktivt perspektiv – det som del i gränslandet mång- och sällansökare.
- 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 primärvård 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.
- En väg in nämns som viktig del, exempelvis till en äldre-mottagning på vårdcentral samt föreslagen äldre-central, där dialogen om behov kan få mynna ut i samsyn och liknelse med familjecentral nämns där låg tröskel är viktig
- Samordningen är viktig i grunden då ett preventivt och proaktivt förhållningssätt minskar behovet av akuta besök. Samma gäller när det rör sig om att följa upp tagna beslut tidigare med målet att ligga steget före..

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.
- Grundprincipen är att samverkan ur ett lokalt perspektiv måste hålla över tid och baseras då på funktion och inte person.

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.

Samordning och informationsutbyte mellan aktörer – *forts.*

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.
- Ytterligare exempel på kompletterande systemstöd nämns under workshopen som rör sig om bland annat:
 - ✓ Portabel EKG-apparat efterfrågas för att minska risk för onödig inläggning.
 - ✓ Hjälpmedel på helger behöver lösas för fortsatt vård i hemmet.
 - ✓ Tillgång till läkare för hembesök förespråkas dygnets alla timmar för att möta individer i hemmet och motverka onödig inläggning.

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

- Ambulerande team behövs för att undvika inläggning på sjukhus. Tillgänglig dygnets alla timmar.
- Primärvårdsläkar-team nämns som viktig samverkanspartner med sedan tidigare etablerad medicinskt akutläkarteam.
- 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 strukturerat arbeta 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, information i SAMSA uppdateras fortlöpande och överrapportering fungerar väl, kan primärvården och socialtjänsten ta vid utan osäkerhet – vilket gynnar både patient och vårdpersonal.
- Vårgårda kompletterar med önskemål om systematiskt stöd gällande kompetenspåfyllnad från specialistvården – detta då vården i hemmet över tid blir än mer komplex. Ett års-hjul förespråkas gällande strukturerat kompetensstöd.

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 sjukvård och vård och omsorg ska kunna fungera optimalt dygnets alla timmar 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, primärvårdsläkare och brukarrepresentant*).

Vårgårda liksom fler kommuner har goda förutsättningar för samverkan då man har få aktörer och närheten till varandra. Till exempel en vårdcentral och en rehab-mottagning i det geografiska området. Det framgår inte på workshopen vart det geografiska området befinner sig gällande den lokala ledningsgruppen men uppfattningen är att den är aktiv. På workshopen nämns att nuvarande tillhörighet till V7 området gällande vårdcentralen kommer ändras till V8 och därmed Skaraborg och ligger till grund för diskussion på workshopen – detsamma som gäller för Herrljunga. 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. Ytterligare fokus bör vara 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. Huruvida detta är en utmaning i Vårgårda framgår inte men antas vara tänkvärt även här.

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 Vårgårda - sammantaget lyfts ett behov av **förbättrad samverkan, ökad tydlighet i ansvar och arbetssätt samt ett tydligare preventivt fokus** mellan kommun, primärvård och andra aktörer kopplade till äldre och sköra invånare.

Det finns idag **osäkerhet kring hur vissa arbetssätt initieras**, exempelvis SIP, samt behov av att utveckla eller tydliggöra vilka forum som är mest ändamålsenliga för samverkan, där SAMSA-möten lyfts som viktiga men möjligen otillräckliga i nuvarande form. Tillgänglighet och kontaktvägar mellan verksamheter beskrivs som en återkommande utmaning, särskilt vid akuta behov dagtid och över verksamhetsgränser (exempelvis vårdcentral–bistånd).

Flera förslag handlar om att **stärka invånarnas väg in i systemet**, exempelvis genom en kommun- eller äldre-lots, ett gemensamt telefonnummer till vårdcentralen, bättre information efter sjukhusvistelse samt lättillgänglig och samlad information till invånare om vilket stöd som finns. Invånarutbildning och uppsökande verksamhet, motsvarande ett motsvarande "BVC för äldre", lyfts som viktiga åtgärder för ökad trygghet och förebyggande arbete.

Ett tydligt tema är behovet av att **arbeta mer förebyggande i ett lugnt skede**, särskilt för invånare som inte har omfattande vård eller omsorg. Regelbundna hälsokontroller, tidiga rehab-insatser, screening via äldre- eller förebyggande team samt tydliga vårdplaner när individen är vid sina sinnens fulla bruk pekas ut som centrala insatser för att minska framtida vård- och omsorgsbehov samt återinläggningar. Avgörande är att dessa arbetssätt hålls över tid och förankras i funktion snarare än person.

För att möjliggöra vård i hemmet och motverka inläggning lyfts behov av **praktiska förutsättningar**, såsom tillgång till hjälpmedel även på helger, portabel EKG-utrustning samt utvecklade arbetssätt som MALT och PALT dygnet runt. Samverkan mellan vårdcentral och kommunal primärvård, med regelbundna team-möten, ses som en viktig del i detta och kopplas till gällande avtal. Kompetensförsörjning är ytterligare ett område som betonas, där **systematisk utbildning från specialistvård** och ett års-hjul för kompetensutveckling efterfrågas i takt med att vård i hemmet blir allt mer komplex. Samtidigt lyfts strukturella utmaningar kopplade till organisatoriska nivåer och geografiska samverkansområden samt behovet av utökad samverkan även med tandvården.

Sammanfattningsvis finns en bred samsyn om behovet av **tidig upptäckt, förebyggande arbete, tydliga vårdplaner och förbättrad samordning**, med målet att skapa trygghet för invånare, minska onödiga inläggningar och använda resurser mer hållbart över tid.

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.

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

Effekt & genomslag
Genomslagskraft, påverkan

Sammanfattande bild
Starka teman: Samverkan/nätverk och
Lärande/Nyfikenhet, med en tydligt
positiv ton.
Rörelse: Från intresse och energi → via
samarbete → till **konkreta lösningar**
och **genomslag.**
Behov: Erkänna och hantera
utmaningar samt få saker att hända "på
riktigt".

**Positiva känslor &
upplevelse**
Spännande, givande, tro och
hopp, kul

Konkretion & implementering
Från ord till handling,
konkretisera, hitta lösningar

Samverkan & nätverk
Samverkan, samarbete, träffa
funktioner/partners, samsyn, ökad
samverkan

Lärande & nyfikenhet
Nyfikenhet, intresse, vilja att lära

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



Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg