

Rapport workshop Nära Vård 2025

PROCESSEN FÖR NÄRA VÅRD INOM RAMEN FÖR
NÄRVÅRDSSAMVERKAN SÖDRA ÄLVSBERG

ANNA-LENA INGELHAG, ANN-CHARLOTTE LUNDELL, CATARIHNA PETERSSON,
MARKO ANTTILA

Innehåll

Sammanfattning	2
Bakgrund	7
Workshop - höst 2025 - genomförandet	11
Sammanställning rapport – samtliga kommuner	15
Invånarperspektiv och tillgänglighet – huvudpunkter	16
Förebyggande arbete – huvudpunkter	17
Samverkan – huvudpunkter	18
Specialiststöd till den primära vården – huvudpunkter	19
Diskussion och slutsats – huvudpunkter	20
Underlag workshop styrgrupp och delpolitiskt samråd december 2025	22
Utfall workshop styrgrupp och politiskt samråd 12 december 2025	25
Bilagor – sammanställt av processledare	27
Bilaga 1 - Systemstöd för att identifiera mångsökare - förslag	27
Bilaga 2 - Systemstöd för att identifiera mångsökare - juridik	31
Bilaga 3 – Tillitsbaserad styrning.....	32
Bilaga 4 - Dagliga avstämningar – den primära vården som nav.....	35
Bilaga 5 – Underlag vid utförda workshopar	38
Bilagor – sammanställt via AI-stöd	46
Bilaga 5 - Lokala slutsatser – hur de linjerar med SKR:s evidens Potentialerna för Nära vård.....	46
Bilaga 6 - Lokala slutsatser – hur de linjerar med Omtag för Nära Vård	49
Bilaga 7 - Lokala slutsatser – hur de linjerar med Nästa steg för en god och nära vård	52
Bilaga 8 - Lokala slutsatser – hur de linjerar mot Plats för vård	54
Bilaga 9 - Lokala slutsatser – hur de linjerar mot nya Socialtjänstlagen (SFS 2025:400).....	58
Bilaga 10 - Lokala slutsatser – hur de linjerar mot kärninnehåll i Hälso- och sjukvårdsavtalet.....	62
Bilaga 11 - Sammanfattning och förslag baserat på AI-hanterade rapporter och dokument	63
Länkar.....	66

Sammanfattning

Sammanfattning – Nära Vård i Södra Älvsborg

Utgångspunkten för höstens arbete har varit tre tydligt prioriterade spår: förändrade arbetssätt, tillgänglig vård på rätt nivå dygnets alla timmar, samt kommunikation/kultur—med den primära vården som nav och målgruppen sköra äldre i fokus. Dessa spår löper som en röd tråd genom workshopserien i alla kommuner och den komprimerade rapporten till styrgruppen. De konkretiseras i förslag som binder samman invånarperspektivet och tillgänglighet, förebyggande insatser, samverkan och specialiststöd till den primära vården.

Workshopen bjöd in bred kompetens från regional och kommunal primärvård, socialtjänst, specialistvård i form av ambulans och MALT (medicinskt akutläkarteam), tand-, syn- och hörselvård samt brukarrepresentant på vissa orter. Metodiken var gemensam över orter: inledande genomgång för att få samsyn gällande Nära vård och personcentrering, följt av strukturerat grupparbete utifrån följande områden—förebygga i lugnt skede, samverka vid oplanerade behov dagtid och utanför kontorstid, verkställa insatser även kväll/helg/natt och hur involvera specialistvård för att undvika onödiga inläggningar. Resultaten har därefter systematiserats i rapporten till styrgruppen.

Invånarperspektiv, kontinuitet och trygg övergång

Invånarnas förväntningar kretsar kring enkel väg in, fast kontakt, samordning, tydliga nästa steg, och korrekt läkemedelshantering. För att möta detta föreslås namngiven äldre-sjuksköterska som skapar kontinuitet, årskontroller med skörhetskattning (CFS) och någon form av Trygg hemgångskoncept utifrån lokala förutsättningar — inklusive hembesök, hjälpmedel, teleuppföljning och ”varm” överlämning mellan vårdgivare. Den operativa kärnan blir CFS och SIP som struktur för ansvar och åtgärder, tillsammans med förbättrad tillgänglighet via ett enkelt telefonnummer/äldre-telefon och direktnummer mellan legitimerad personal. Strukturerad uppföljning görs såväl inom ramen för dagliga avstämningar som lokala ledningsgrupper via [Process statistik - Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård samt SIP - GITS - Gemensam information- och tjänstesamordning i Västra Götaland](#). Utöver detta krävs att man följer mätvärden som kopplas till öppenvårdsprocessen och förebyggande insatser.

Förebyggande arbetssätt och civilsamhällets roll

Förebyggande tvärprofessionellt team efterfrågas (biståndshandläggare, äldre-sjuksköterska, arbetsterapeut/fysioterapeut) för tidiga insatser för att fördröja och förhindra mer omfattande insatser. Teamen kopplas till hälsosamtal, screening, CFS-skattning (Tex fallrisk, social isolering, kognitiv svikt och mångsökare) och uppsökande hembesök. Civilsamhälle och mötesplatser behöver integreras tidigt för att motverka ensamhet, och tandvården görs till en naturlig del av SIP och folkhälsoinsatser.

Samordning, dagliga avstämningar och digitala stöd

För att göra den primära vården till verkligt nav krävs dagliga 15-minuters avstämningar mellan vårdcentral, kommunal primärvård, hemtjänst och bistånd—med fokus på vad som skett kväll/natt, vad som kräver åtgärd idag, och hur kommande dygn säkras. SIP/SAMSA-disciplin och

direktnummer legitimerad-till-legitimerad lyfts som enkla men effektiva steg men inkluderar även behovet från hemtjänst. Ett systemstöd för att identifiera mångsökare i primärvård och på SÄS akutmottagning föreslås (inspirerat av Jönköpingslösning i Power BI) för proaktivt omhändertagande—med tydliga juridiska ramar (PDL och OSL 25:11) och behörighetsstyrning.

Specialistvårdens stöd - mobila team, jourkapacitet och medicinska vårdplaner

Arbetet pekar samstämmigt på behovet av dygnet-runt tillgång till läkare och mobil vårdkedja: primärvårdens akutläkarteam behövs. Skall ske i nära samarbete med MALT (medicinskt akutläkarteam och eventuellt Närsjukvårdsteam) med gemensam målbild, klar ansvarsfördelning, klara överlämningsregler och svarstider. Effekten syns när patienten har tydliga medicinska vårdplaner när de lämnar sjukhuset (inklusive korrekt läkemedelslista och rimlig PUD), vårdövergången säkras, och primärvården stöts med digital snabbkonsultation. Detta möjliggör ”hemma först” och färre onödiga slutenvårdsdagar.

Styrning, kultur och kommunikation

Styrsignalen är att gå från produktionsstyrning till effektstyrning och bygga tillit över gränserna. Det kräver långsiktiga tidshorisonter (5–10 år), gemensamma mått och en kulturförflyttning bort från ”vi och dom”. Ledarskapet—chefer som säkrar förutsättningar och lokal politik som följer upp effektmål—blir avgörande för genomförandet. Kommunikation måste vara återkommande och nära ”golvet”, med lokala dialogmöten, studiebesök hos varandra och tydliga budskap om vad Nära vård konkret innebär.

Rekommendation för beslut och genomförande

Sköra äldre. ”Hemma först”

Etablera äldre-mottagning/äldre-telefon som en väg in; inför proaktiv screening vid årskontroll/hembesök (CFS/fall/läkemedel/social isolering/tandstatus)

Vidareutveckla en gemensam ”karta” för CFS med kopplade åtgärder och flöden. Gäller personer +65år. (Finns påbörjad kopplad till rutiner för CFS.

Till exempel:

- CFS 1-4: Förebyggande team med tillhörande åtgärder och flöden delvis utifrån lokala förutsättningar.
- CFS 5-6 Gör SIP till standard vid definierade risktrösklar; starta dagliga avstämningar (VC-representant, äldre-ssk/lots, kommunal HSL, hemtjänst och bistånd). Trygg hemgång ej inskriven i kommunal primärvård med tex teleuppföljning från vårdcentralen inom 72 h.
- CFS 7-9 Etablera någon form av konceptet trygg hemgång där uppdaterad vårdplan inkl. korrekt läkemedelslista, hjälpmedel mm ingår. Dessa är ofta inskrivna i kommunal primärvård. Tillgänglig läkare för hembesök dygnet runt efterfrågas.

24/7-tillgänglighet:

(1) enkel äldre-telefon för invånare/anhöriga, (2) direktnummer legitimerad-till-legitimerad, (3) digital snabbkonsult (chatt/video) för kommunal ssk↔läkare;

(4) Skapa och dimensionera tillgänglighet gällande läkare för hembesök dygnets alla timmar. Detta gäller både primärvårdsläkare och specialistteam till exempel MALT (Medicinskt akutläkarteam), närsjukvårdsteam. Gemensam målbild gällande vårdnivå.

(5) Samtliga kommuner bör se över rutiner för utökade insatser på kort varsel enligt Socialtjänstlagen. Detta för att kunna möta behovet om mer vård skall bedrivas i hemmet.

Effektstyrning och lärandeloop

Identifiera 3–5 förbättringsområden att jobba vidare med per kommun utifrån beslut i Lokal styrgrupp i närvårdssamverkan. Etablera gemensam indikatorvy som följer effekt (andel CFS 5–6 med giltig SIP; andel utskrivningar 75+ med uppdaterad vårdplan; tid till läkarbedömning hemma; 30-dagars återinläggningar; upplevd trygghet); kör månadsvis PDSA på styrgruppens agenda.

Förslag på nyckelmåttområden och förväntad effekt (12mån)

- Tillgänglighet & mobil vård: mät andel av akuta hembesök dagtid hanteras av primärvårdens akutläkarteam och MALT. Mät andel hembesök kvällar/helger via MALT/primärvårdens akutläkarteam.
- Proaktivitet: \geq ?% av CFS 5–6 med aktuell SIP och årskontroll inkl. fall-/läkemedelsscreening.
- Trygg hemgång & övergångar: \geq ? utskrivningar 75+ med aktuell medicinsk vårdplan.
- \geq ? % av patient med och korrekt läkemedelslista.
- \geq ? % teleuppföljda inom 72 h.
- Effekter: –20–30 % akuta slutenvårdsdagar (75+) från baseline i pilotkommuner; +20–40 % frigjord sjukskötersketid genom färre ”strulfaktorer”.

Tillvägagångssätt gällande workshopar

Arbetet har löpt över ett och ett halvt år där utfallet presenteras i aktuellt dokument.

- ✓ Hösten 2024 – kartläggning och möten gällande pågående arbeten inom ramen för Närvårdssamverkan
- ✓ November 2024 – SKR dagar för Nära Vård
- ✓ December 2024 – beslut i styrgruppen gällande arbetet framåt
- ✓ Våren 2025 – SKR:s samt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapporter om omställningen till Nära Vård och dess status
- ✓ Sommaren 2025 – den nya Socialtjänstlagen
- ✓ Hösten 2025 – workshopar i samtliga kommuner – Vårgårda sker dock under januari 2026
- ✓ December 2025 – workshop med styrgrupp närvårdssamverkan Södra Älvsborg och delpolitiskt samråd
- ✓ Sammanställning i aktuell rapport som stämts av mot:
 - SKR:s evidens
 - Omtag för Nära Vård
 - Nästa steg för god och nära vård
 - Plats för vård
 - Socialtjänstlagen

- Hälsa- och sjukvårdsavtalet

Mångsökare och utrymmet för proaktiv vård

Genom att vårdgivare tillsammans fångar de mångsökare som finns och samverkar kring dessa, efter samtycke, är målbilden att minska antal besök som inte är värdeskapande för patient och att verksamheten i stället nyttjar tiden till att möta andra patienter i ett tidigare skede.

Förutsättningar för vårdens medarbetare - kompetensbehållning

Det finns fokus i dagens verksamheter på att vara en attraktiv arbetsgivare. Under workshoparna har det påtalats att adekvat bemanning krävs och i omställningen har det visat sig en förskjutning från slutenvården till den primära vården och kommunerna genom att vården flyttar hem. Som ett exempel finns i underlaget forskning kring hemtjänstens förutsättningar. Flertal kommuner arbetar enligt principen tillitsbaserad styrning. Men det kombinerat med en omfattande minutstyrning av hemtjänstens insatser. Denna har en direkt motverkande effekt och begränsar möjligheten att använda sin kompetens och utföra sitt arbete i enlighet med omställningen till Nära vård.

Forskningen visar på att den sorts styrning som de senaste åren varit aktuell dessvärre skapat svårigheter att uppnå kompetensbehållning. Ur ett proaktivt perspektiv, är detta den yrkesgrupp som har störst sannolikhet att uppmärksamma behov tidigt. Personalomsättningen i hemtjänsten har generellt ökat och tappar därmed viktig kompetens. Detta leder till ökade kostnader och svårigheter att upprätthålla kvalitén i vården. Åtgärder för förutsättningarna behöver adresseras.

Slutligt resonemang

Det som gör skillnad är helheten: lättillgänglig mottagning för målgruppen, proaktiv screening, daglig samordning leds som ett sammanhållet flöde med den primära vården som nav, använda SIP mer frekvent, vid vård i hemmet god samverkan mellan kommunal primärvård, mobila läkarteam och socialtjänst. Då ökar tryggheten, vården blir mer personcentrerad, och resursutnyttjandet förbättras—samtidigt som arbetsmiljön stärks

Deltagare till input i aktuell rapport är brukarrepresentanter samt medarbetare inom samtliga kommuner och flertal verksamheter, ca 350 – 400 deltagare på helheten. Engagemanget har varit stort och förväntningarna på beslut utifrån utfallet.

Nyckeln till förbättring ligger därmed i:

- Tidiga insatser och förebyggande arbete.
- Effektiva kontaktvägar och daglig samordning mellan aktörer.
- Tillgänglighet dygnet runt med mobila team och jourläkare inom den primära vården.
- Tydliga vårdplaner och gemensamma rutiner.
- Kulturförändring och kunskaphöjning för att skapa en personcentrerad vård där individen står i centrum.

Åtgärdsförslag

- Att skapa arbetssätt/rutin för gemensamt arbetssätt gällande mångsökare
- Att fatta beslut kring dagliga avstämningar mellan vårdgivarna
- Att vidareutveckla arbetssättet kring CFS och skapa gemensamma flöden för invånaren
- Att säkerställa tillgång till läkare för hembesök dygnets alla timmar på primärvårdsnivå
- Att återskapa lokala ledningsgrupper inom ramen för Närvårdssamverkan per geografiskt område
- Att fortsatt omhänderta materialets innehåll gällande specialistvårdens stöd till den primära vården (fortlöpande uppdaterad information i SAMSA, uppdatera PUD, uppdaterade medicinska vårdplaner och korrekta läkemedelslistor)

Förslag för processledarnas fortsatta uppdrag 2026

- Att bistå lokala ledningsgrupper inom ramen för Närvårdssamverkan med fortsatt utveckling/dialog baserat på den lokala rapportens innehåll och förutsättningar
- Att bistå politiken med fortsatt utveckling/dialog inom ramen för Närvårdssamverkan gällande effektmål med mera på lokal och delregional nivå
- Att fortsatt vara sammanhållande länk och ambassadörer för omställningen till Nära Vård

2024-11-29

Processledare Nära vård:
Marko Anttila
Anna-Lena Ingelhart
Catarihna Petersson

Bakgrund

Beslutsunderlag Processledning Nära Vård

Tre processledare är anställda under ett år, med möjlighet till förlängning, med start hösten 2024, på 20% var, för att driva utveckling av omställningen till en god och nära vård i Södra Älvsborg med utgångspunkt från avsiktsförklaringen för Skene Närsjukhus Dnr: SÄS 2023-01307.

Processledarna ska i sitt arbete utgå från en god och nära vård där den primära vården är navet och där personcentrering och tillgänglighet står i centrum.

Processledarna representerar sjukhus, kommunerna och regional primärvård. Processledarna ska utgå från ett helhetsperspektiv men har också ett ansvar att förankra arbetet i Närvårdssamverkans olika verksamheter.

Uppdragsgivare och ansvarig för uppdraget är Styrgrupp närvård. Närvårdskontorets koordinator ansvarar för operativ ledning och stöd. Återrapportering sker till Styrgrupp närvård vid varje styrgruppsmöte och regelbundet till Delregionalt Politiskt Samråd och till berörda verksamheter. Befintliga grupperingar inom Närvårdssamverkan ska användas för dialog och nya grupper kan sättas samman vid behov.

Processledarna har ett uppdrag att arbeta med följande områden;

- Utveckla primära vården som nav
- Utveckla personcentrerade arbetsätt
- Utveckla arbetsätt med stöd av digitalisering
- Utveckla mobila arbetsätt över organisationsgränserna
- Utveckla arbetsätt inom den primära vården
- Ta fram ett informationsmaterial om Nära vård

Bakgrund

Länsgemensam färdplan

Alla som bor och verkar i Västra Götaland ska kunna leva ett gott liv. Nyckeln till Västra Götalands långsiktiga attraktivitet och konkurrenskraft är vår gemensamma förmåga att vara innovativa och ställa om till ett hållbart samhälle. God och nära vård är riktningen i omställningsarbetet.

Syftet med en omställning till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov. Den ska beakta barnkonventionens mål samt de länsgemensamma mål som sätts i den Regionala utvecklingsstrategin (RUS). Omställningen ska också bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen.

[Färdplanen](#) - Läns gemensamma strategin för god och nära vård är en övergripande strategi som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Färdplanen innehåller de områden som vi gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Den beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för utvecklingen, där takten i omställningen mot en god och nära vård behöver öka fram till 2030. Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna i Västra Götaland har olika ansvar, resurser och kunskaper. Strategin ska bidra till ett kraftfullt genomförande. Ingen kan lösa dessa utmaningar på egen hand, men tillsammans kan vi bidra till en omställning mot en god och nära vård.

Framgångsfaktorer för den nära vården är personcentrering som förhållningssätt, samverkan och tillit mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen samt en gemensam målbild som visar riktningen för arbetet.

Aktivitetsplanen

Gemensamt beslutad [Aktivitetsplan Nära vård 2024](#) har tagits fram inom arbetet med Nära vård och kommer att genomföras i befintliga och nytillkomna uppdragsgrupper/arbetsgrupper. Aktivitetsplanen är ett levande dokument som kan komma att förändras under tidens gång och ambitionsnivån är hög. Vissa av aktiviteterna är långsiktiga och andra är kortsiktiga.

Fokusområden för processledarna

Beslutsunderlaget för Nära vård Södra Älvsborg utgår från Färdplan Nära vård och från beslutad Aktivitetsplan. På Styrgruppsmötet den 25 oktober 2024 presenterades förslag med fokus på tre utvalda områden. Områdena är valda med omsorg och anses generera störst effekter och därmed ta oss framåt i omställningen till en god och Nära vård.

Processledarna föreslår initialt ett arbete med följande delar:

- *Förändrade arbetssätt* - Att vidareutveckla gemensamma och samverkande arbetssätt, där vi utgår från invånarnas behov och där den regionala primärvården som nav är en del.
- *Tillgänglighet dygnets alla timmar* - Att vård och omsorg ska kunna fungera optimalt dygnets alla timmar.
- *Kommunikation* - Att på lokal nivå göra omställningen till Nära vård känd hos medarbetarna sam främja den operativa samverkan på lokal nivå.

Förändrade arbetssätt

Syftet är att vidareutveckla gemensamma och samverkande arbetssätt, där vi utgår från invånarnas behov där den regionala primärvården som nav är en del. En första målgrupp är sköra äldre, i linje med beslutad aktivitetsplan. Den initiala avgränsningen kan genom beslut av Styrgrupp närsvård breddas och inkludera fler målgrupper över tid. För gruppen sköra äldre med skattad skörhet enligt [Clinical Frailty Scale](#) (CFS) 5 – 6 ska

ett gemensamt arbetssätt på lokal nivå tas fram. I många delar arbetar man med dessa personer i parallella spår utan ett gemensamt och personcentrerat arbetssätt och de bör i stället fångas i dagligt gemensamt arbete. På sikt kan hybridteam på lokal nivå vara aktuellt. För gruppen sköra äldre med skattad skörhet CFS 7 – 9 finns etablerat samarbete mellan de olika aktörerna, främst regionens primärvård och den kommunala primärvården. Fördjupat samarbete krävs inklusive samarbete med handläggare och verkställighet.

Tillgänglighet dygnets alla timmar – primärvård och socialtjänst

Syftet är att vård och omsorg ska kunna fungera optimalt dygnets alla timmar. Främst måste verksamheterna arbeta med att vara tillgängliga för varandra utifrån ett personcentrerat arbetssätt. För att detta ska fungera behöver underlag för arbetssätt och kontakter tas fram och förtydligas med fokus på tillgänglighet dygnets alla timmar. Det bör till exempel finnas planer som tydliggör vilka insatser som skall göras för patienten samt eventuella begränsningar.

Kommunikation

Syftet är att på lokal nivå göra omställningen till Nära vård känd hos medarbetarna. Urval av deltagare för lokal träff inom samtliga kommuner, kräver visst förarbete då förutsättningarna ser olika ut beroende på kommun. Förvaltningarna har även de olika struktur och till detta olika antal vårdcentraler i det geografiska området. Som beskrivet ovan är det den primära vården som skall utvecklas och därav fokus på kommunens verksamhet, primärvårdsrehab samt vårdcentralerna, såväl regional som privat. Utöver nämnda verksamheter förslagsvis även inkludera Folktandvård, Habilitering och Hälsa (syn och hörsel) samt ambulansverksamheten. Första linjens chef ansvarar för att rätt medarbetare deltar vid dialogmötena. Processledarna ska också ta fram ett informationsmaterial om Nära vård om inte ett länsgemensamt material tas fram.

Omvärldsbevakning

Som en del i omvärldsbevakning genom SKR:s framtidsdag den 6 november 2024, görs det tydligt att förståelse för omställning och Nära Vård inte enbart är avgränsat till tjänstemannanivå utan behöver nå ut till varje medarbetare inom vårdsektorn.

Vidare görs det tydligt att fokus behöver förflyttas från produktionsstyrning till [effektstyrning](#) (ex. Region Kalmar län) som innebär att man går från kvantitet till att mäta effekterna av gemensamt arbete och Nära Vård som i sin tur utmanar tillitsbaserad styrning och dess innebörd ([Tid för tillit](#)) med tillhörande justerade tidsperspektiv (5 – 10 år).

Återrapportering till Styrgrupp närvård

Målet är att utifrån upprättad handlingsplan, som inkommer efter taget beslut om fokusområden den 6 december, återkomma med lägesrapporter till Styrgrupp närvård i syfte att skapa en tydlig och stark ledning och styrning. Processledarna föreslår och arbetar fram arbetssätt och processer i enlighet med ovanstående punkter, som Styrgrupp närvård sedan tar ställning till.

Systematisk uppföljning

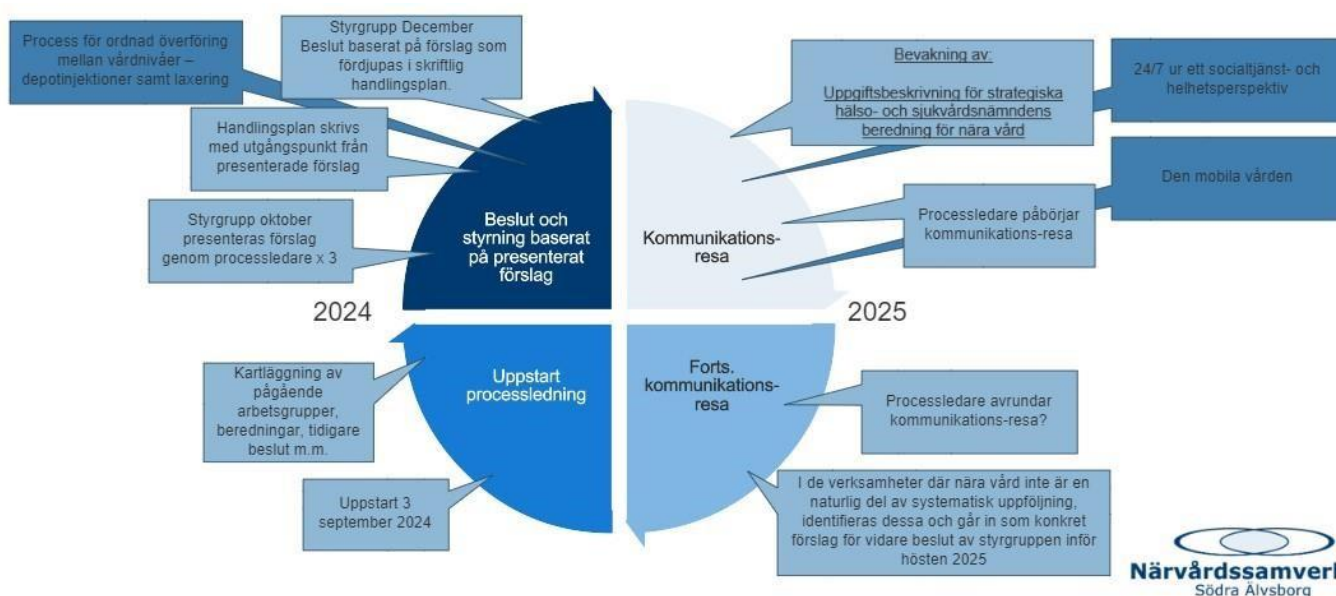
Som en del i systematisk och strukturerad uppföljning till god och Nära Vård föreslås att gemensam framdrift tar utgångspunkt från myndigheten för vård- och omsorgsanalys [Omställningen mot en god och nära vård](#) samt genom [pensionärsorganisationernas sammanfattade förväntningar](#) på vård och omsorg.

Vidare föreslås att en prioriterad uppgift utöver informations- och kunskapsdialog gällande Närvårdssamverkan, styrgrupp och beslut, är att i det geografiska området identifiera de 3 – 5 ” mest prioriterade skav” som behöver omhändertas för att få den framdrift gällande samverkan, tillit och utveckling enligt beslut – detta i lokala arbetsgrupper.

Beslut att ta ställning till

Styrgrupp närvård föreslås besluta att processledarna för Nära vård arbetar enligt beskrivna fokusområden som konkretiseras genom tydlig handlingsplan, framtagna så snart beslut är taget.

Processledarnas arbete kring Nära vård



2025-12-12

Processledare Nära vård:
Marko Anttila
Anna-Lena Ingelhart
Catarihna Petersson

Workshop - höst 2025 - genomförandet

Workshop under hösten 2025 tar sitt ursprung från punkter ovan gällande förändrade arbetssätt, tillgänglighet dygnets alla timmar och kommunikation där den sistnämnda är av största vikt för att få ut budskapet kring nära vård och dess faktiska innehåll. Rapporterna från bland annat SKR och vård- och omsorgsanalys visar på ett glapp mellan tagna beslut från regering ut till regionerna och vidare ut till varje förvaltning och verksamhet med tillhörande chefer och slutligen medarbetare.

Varje workshop inleds med presentation gällande omställningen nära vård och dess väsentliga delar. Filmmaterial inom [Nära vård](#) samt [Personcentrerat arbetssätt](#) framtagna av SKR ingår. Arbetet tar språng ifrån dessa informativa filmer och det tillsammans med målbilden att alla skall ha god inblick i hur vi framöver föreslås arbeta utifrån följande:

1. *Bäst för invånaren.*
2. *Ta ansvar för ert steg. Ge feedback till steget före och underlätta för steget efter.*
3. *Vi gör det tillsammans.*

Inledande dialoger och fortsatt fördjupat arbete fokuserar, så som uppdraget är beskrivet, på den primära vården och hur vi omhändertar målgruppen sköra äldre på bästa sätt dygnets alla timmar.

Frågor som var utgångspunkt under de workshops som ägt rum:

1. *Vad kan ni göra för att förebygga i lugnt skede när jag är hemma.*
2. *Hur kan vi samverka bättre när behov finns av oplanerade hembesök dagtid. Hur löses ni kväll, helg och natt när målet är att vara hemma. Hur verkställer ni och utökar insatser utanför kontorstid?*
3. *Hur involveras specialistvården med målet att vara kvar hemma.*

Målet är att ta fram vad som redan idag är väl fungerande men som kan förbättras ytterligare. Vad som saknas och behöver införas dvs nya arbetssätt samt slutligen frågor som är kvar för att lösa där ekonomi, juridik och politik påverkar och behöver lösas på annan nivå.

Arbetet skall möta upp målbilden som är framtagen inom Närvårdssamverkan och lyder *”Med tillit, där vårdgivarna arbetar tillsammans kring invånarnas behov, bygger*

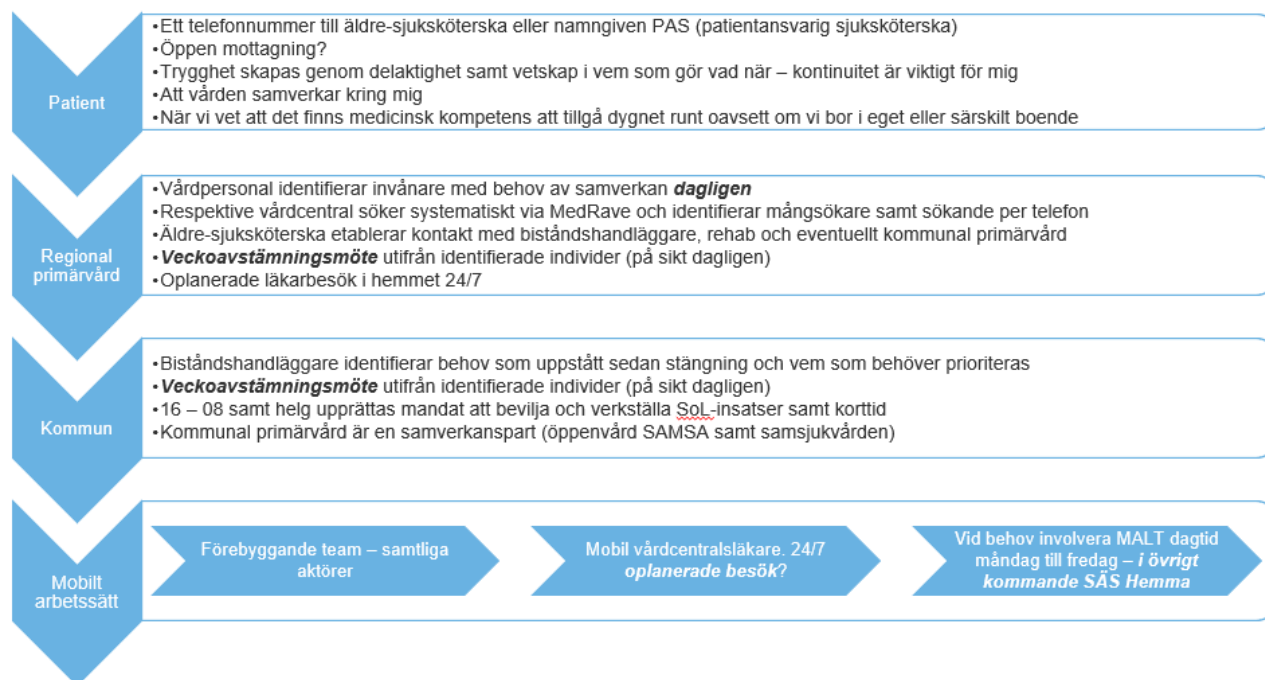
Närvårdssamverkan Södra Älvsborg en samverkan som skapar mervärde, trygghet och god kvalitet i gemensamma arbetssätt, i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet, liksom i vårdövergångarna.”

Exempel på workshopens målgrupper

Ett område att söka via samt bevaka är de mångsökare som är mer eller mindre kända hos flertal vårdgivare. Nedan beskrivs de äldre mångsökare som är sökbara och därmed möjliga att definiera utifrån antal.

- Äldre mångsökare på vårdcentral och sjukhus men som inte har omfattande insatser från kommunen (tex inte inskriven i kommunal primärvård)
- Aktivt söka i systemen. Statistik ur MedRave
- Äldre som varit på akuten men ej blivit inlagd. (Info via omsorgskoordinatorn på akuten)(23timmar)
- Äldre som varit inlagda och planerats i SAMSA men inte blivit inskrivna i kommunal primärvård
- Äldre som vid hemgång från korttidsplats inte blir inskrivna i kommunal primärvård
- Äldre som fått besök av samsjukvården, ambulans, MALT

Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre



Delaktighet

Arbetsättet har varit workshop enligt följande turordning:

- Bollebygd – v 36
- Mark – v 38
- Ulricehamn – v 40

- *Svenljunga/Tranemo – v 42*
- *Borås – v 43*
- *Borås – v 46*
- *Herrljunga – v 48*
- *Vårgårda v 2, 2026*

Vårgårda har dessvärre inte haft sin workshop innan workshop med styrgrupp och politik äger rum med styrgrupp och politiskt samråd den 12 december 2025. Workshopen äger dock rum vecka 2 2026 och kommer därmed vara utförd inför kommande beslutsmöte i styrgruppen slutet av januari 2026.

Upplägg workshop

Mötestid har varit 3 h och workshop (kan ske genom 2 workshop/dag) föregås av presentationsunderlag genom processledare och kommunicerats i linjen till deltagare efter beslut av styrgrupp den 28 februari.

En förväntan från processdeltagare och processledare har varit att man deltar med öppet sinne och urval görs av första linjens chef. Chef förväntas närvara inom den *primära vården, regional såväl som kommunal och socialtjänst (sistnämnd prioriterad funktion ur socialtjänstperspektiv)*.

Chef har haft i uppdrag att återkoppla deltagare till respektive workshop till processledarna.

I grunden ligger beslutat uppdrag, genom Närvårdssamverkan, som konkretiseras genom deltagare och processledare.

Förslag på lösningar kring HUR sker genom deltagare gällande socialtjänst- och den primära vården ur ett 24/7 perspektiv och som nav kring målgruppen sköra äldre, taget ur [aktivitetsplan](#) samt gemensam [färdplan](#).

- Deltagare per geografiskt område har varit brukarrepresentant (i den mån det funnits).
- Regional primärvård genom första linjens chef, äldre-sjuksköterska, primärvårdsläkare, arbetsterapeut samt fysioterapeut.
- Kommun genom första linjens chef, biståndshandläggare samt planerare hemtjänst. Ibland även vårdutvecklare och anhörigsamordnare mm
- Kommunal primärvård genom sjuksköterska, arbetsterapeut samt fysioterapeut.
- Specialistvård genom MALT samt ambulans.
- Förebyggande genom Habilitering och hälsa samt Folktandvård.

En viktig aspekt i arbetet framåt har varit att ta till sig de olikheter och olika förutsättningar som finns per geografiskt område där enstaka kommuner exempelvis behöver samverka med en regional vårdcentral som i andra kommuner ser helt

annorlunda ut. Den gemensamma målbilden är hållbarhet över dygnets alla timmar för målgruppen skör äldre, dvs personcentrerat, och utifrån geografiska förutsättningar.

Workshopen och dess struktur

Samtliga deltagare hälsas hjärtligt välkomna och skall företräda det geografiska område som besöks för dagen.

Underlaget som ligger till grund för processen presenteras innehållande:

- Nära vård – film från SKR
- Personcentrerad vård – film från SKR
- Beslutsunderlaget för processen

Workshopparna ersätter den spridningskonferens som tidigare ägt rum inom Närvårdssamverkan och målet är att nå så långt ut som möjligt där vården och det förebyggande arbetet sker. Huvudsakliga diskussionsområden:

- *Förändrade arbetssätt* - Att vidareutveckla gemensamma och samverkande arbetssätt, där vi utgår från invånarnas behov och där den primära vården som nav är en del.
- *Tillgänglighet dygnets alla timmar* - Att vård och omsorg ska kunna fungera optimalt dygnets alla timmar.
- *Kommunikation* - Att på lokal nivå göra omställningen till Nära vård känd hos medarbetarna och främja den operativa samverkan på lokal nivå.

Samtliga processledare ansvarar för delar ur presentationen som övergår i workshop och grupparbete som slutligen presenteras och dokumenteras på plats. Input per grupp sparas i form av de postit-lappar som skapas på mötet och den dokumentation som sker på plats skapas genom förtydligande citat från respektive grupp.

Nästa steg i processen är att sammanställa samtliga citat inom huvudkategorierna invånarperspektiv och tillgänglighet, förebyggande arbete, samverkan och slutligen specialistvårdens stöd till den primära vården i syfte att skapa navet för hållbarhet över tid.

Sammanställningen avslutas med diskussion och tillhörande slutsats som mynnar ut i en rapport. Arbetssättet har varit det samma i samtliga kommuner. Slutligen sammanställs samtliga rapporter i detta dokument inför avslutande möte med styrgrupp och politik.

2025-12-12

Processledare Nära vård:
Marko Anttila
Anna-Lena Ingelhart
Catarihna Petersson

Sammanställning rapport – samtliga kommuner

Sammanfattning

Denna rapport sammanfattar de mest centrala punkterna från utförda workshops hösten 2025. Fokus ligger på invånarperspektiv, förebyggande arbetssätt, samordning, mobila team, medicinska vårdplaner samt kommunvisa insikter.

Invånarperspektiv och tillgänglighet

- **Samtycke:** Delaktighet och tydliga kontaktvägar är centralt. Juridiska utmaningar hanteras genom samtycke för informationsdelning.
- **Kontinuitet:** Namngiven sjuksköterska och teamarbete skapar trygghet. Proaktivt arbete med årskontroller och skörhetsbedömningar rekommenderas.
- **Trygg hemgång:** Hembesök, hjälpmedel och samverkan mellan aktörer minskar återinläggningar. Behov av förbättrade rutiner och kompetens i hemtjänsten.

Förebyggande arbetssätt

- **Förebyggande team:** Tidiga insatser via hälsosamtal, SIP och kartläggning. Samarbete med biståndshandläggare, folkhälsa och civilsamhälle.
- **Folkhälsa och civilsamhälle:** Motverka ensamhet genom mötesplatser och föreningsliv. Anhörigstöd efterfrågas.
- **Tandvård:** Integrera tandvård i förebyggande arbete och SIP. Uppsökande insatser behövs.

Samordning och kommunikation

- Dagliga avstämningar och gemensamma rutiner föreslås.
- **SIP** används för att tydliggöra ansvar och skapa samsyn.
- Förslag: Gemensamt telefonnummer (1177 + kommun) och digitala verktyg för effektiv kommunikation.

Mobila team och tillgänglighet

- Utveckla mobila team för att undvika sjukhusinläggningar.
- Tillgång till läkare dygnet runt är avgörande.
- Modeller A, B, C för mobil vård enligt regional plan där modell A med läkare från primärvård är prioriterad.

Medicinska vårdplaner

- Tydliga vårdplaner krävs från såväl primärvård som specialistvård för trygg hemgång.
- Uppdaterade läkemedelslistor och uppdaterad information i SAMSA inklusive PUD-datum vid utskrivning är kritiska.

Kommunvisa insikter

- **Bollebygd:** God samverkan, fokus på förebyggande arbete.
- **Mark:** Goda förutsättningar att stärka samverkan och det förebyggande arbetet tillsammans med Skene Närsjukhus
- **Svenljunga:** God kommunikation, behov av formaliserade arbetsätt.
- **Tranemo:** Vision om multiprofessionellt team för akuta insatser.
- **Ulricehamn:** Fokus på digitalisering och förebyggande team.
- **Borås:** Behov av jourläkare, mobila team och kulturförändring.
- **Herrljunga:** Äldre-mottagning och ambulerande team föreslås.
- **Vårgårda:** förbättrad samverkan, ökad tydlighet i ansvar och arbetsätt samt ett tydligare preventivt fokus

Invånarperspektiv och tillgänglighet – huvudpunkter

Samtycke

- Genom att inhämta samtycke från patienten omhändertas juridiska utmaningar vid informationsdelning.
- Samtycke är mer än ett juridiskt godkännande – det handlar om delaktighet och information.
- Genom kartläggande samtal och tydliga kontaktvägar stärks individens möjlighet att påverka sin vård.

Kontinuitet

- Kontinuitet skapar trygghet och kvalitet i vården.
- Namngiven kontaktperson (till exempel äldre-sjuksköterska) är värdefull, särskilt för patienter med många vårdkontakter.
- Teamarbete och långsiktig planering, inklusive årskontroller och skörhetsskattning enligt CFS, är centrala.
- Behov av ändrad bemanning kväll, helg och natt inom berörda verksamheter.

Trygg hemgång

- Någon form av konceptet Trygg hemgång efterfrågas för att säkerställa en säker övergång från sjukhus till hemmet.
- Viktiga insatser: hembesök, hjälpmedel, social kontakt och tid för omställning.
- Arbetsättet ökar självständighet och minskar risken för återinläggning.
- Utmaningar: dagens organisation upplevs inte tillgodose behovet fullt ut, särskilt inom hemtjänsten.

- Förslag: telefonuppföljning från vårdcentralen kort efter hemkomst, kompetenshöjning för hemtjänstpersonal, och mindre arbetsgrupper för ökad kontinuitet.

Tillgänglighet

- Tillgänglighet måste vara personlig och inkluderande: fysisk, digital, telefon och chatt.
- Digitalt utanförskap är en utmaning – mänsklig kontakt behövs som komplement.
- Förslag om ett gemensamt telefonnummer för äldre och en väg in via äldre-mottagning.
- Förslag om enklare kontaktvägar, till exempel ett direktnummer eller "äldre-telefon" utan knappval.

Förebyggande arbete – huvudpunkter

Förebyggande team

- Skapar förutsättningar för tidiga insatser och minskad belastning på akut vård.
- Arbetar genom **hälsosamtal, SIP** och kartläggning för att ge rätt stöd i tid.
- Grundar sig i nära samarbete mellan **biståndshandläggare, äldre-sjuksköterska** och **arbetsterapeut/fysioterapeut**.
- Syftet är att förstärka individens egna resurser för att bibehålla hälsa och självständighet.
- Förslag: biståndshandläggare på vårdcentralen för att sänka trösklar och öka tillgänglighet.

Förebyggande arbetssätt

- **Fallprevention** är en central del – kartläggning av fallrisk och åtgärder mot bakomliggande orsaker.
- Årskontroller bör kopplas till screening för social isolering, inkontinens, tandvård, CFS och fallrisk.
- SIP bör användas oftare som verktyg för personcentrering och samverkan.
- Uppsökande verksamhet genom hembesök och träffpunkter för att identifiera svårnådda grupper.
- Förslag: "Äldrekit" med lokalt informationsmaterial vid årskontroller.

Folkhälsa och civilsamhälle

- Folkhälsa handlar om mer än medicinsk vård – det gäller att skapa förutsättningar för ett meningsfullt liv.
- Samverkan med civilsamhället (föreningar, trossamfund, volontärorganisationer) är avgörande för att motverka ensamhet och främja psykisk och fysisk hälsa.
- Mötesplatser, väntjänst och aktiviteter för äldre behöver göras mer kända och lättillgängliga.
- Anhörigstöd efterfrågas – både information om vad som finns och tidiga insatser.

Tandvård

- Äldre med stort behov tenderar att bli sällansökare inom tandvården.
- Koppling mellan förebyggande team och tandvård bör etableras.
- Tandvård bör inkluderas i hälsosamtal och SIP-planering.
- Samverkan med tandvården i lokala folkhälsoinsatser är viktigt.

Digitalisering och information

- Digital kontakt är svår för många äldre – mänsklig kontakt måste finnas som alternativ.
- Utbildning i digitala verktyg för invånare och personal är viktig. Vid införande av digitala hjälpmedel, till exempel läkemedelsrobot, säkerställ support till invånaren.
- Informationsspridning om stöd, kontaktvägar och aktiviteter behöver förbättras.
- Förslag: broschyrer, mötesplatser, pensionärsföreningar, välfärdsbibliotek för digitala hjälpmedel.

Samverkan – huvudpunkter

Grundprinciper för samverkan

- Samverkan kräver **gemensam förståelse för roller och ansvar** mellan aktörer inom vård och omsorg.
- Tid, resurser och vilja att testa nya arbetssätt är avgörande.
- Målet är att skapa en **personcentrerad vård** där alla aktörer arbetar mot samma mål.

Dagliga och regelbundna avstämningar

- Förslag om **dagliga avstämningar** mellan vårdcentral, äldre-sjuksköterska (lots), biståndshandläggare och kommunal primärvård.
- Fokus på att snabbt identifiera behov och agera utan fördröjning.
- Veckoavstämningar nämns som komplement för mer komplexa ärenden.

Kontaktvägar och kommunikation

- Tydliga kontaktvägar mellan aktörer är en återkommande fråga.
- Problem: långa telefonköer och begränsade telefontider skapar ineffektivitet.
- Förslag: **gemensamt telefonnummer (1177 + kommun)** och direktnummer till legitimerad personal.
- Digitala verktyg som SAMSA och SIP är viktiga men används för lite – rutiner behöver följas och uppdateras.

Gemensamma verktyg och systemstöd

- **SIP (Samordnad Individuell Plan)** är ett centralt verktyg för samverkan men används för sällan.

- **SAMSA** är den gemensamma ytan för planering – kräver bättre informationsinnehåll och hantering.
- Behov av gemensamma digitala verktyg och systemstöd för att identifiera mångsökare och följa upp insatser.

Kulturförändring

- "Vi och dom"-tänket måste bort – samverkan bygger på tillit och förståelse.
- Studiebesök och gemensamma forum föreslås för att öka kunskap om varandras roller.
- Kommunikation och transparens är nyckeln för att undvika revirtänkande.

Samverkan vid övergångar

- Utskrivning från sjukhus är en kritisk punkt – kräver tydliga medicinska vårdplaner och korrekta läkemedelslistor.
- Förslag om att primärvården ska kunna remittera direkt till specialiserade team (ex. MALT, PALT).
- Gemensamma rutiner för trygg hemgång och uppföljning efter utskrivning.

Specialiststöd till den primära vården – huvudpunkter

Behov av specialistkompetens nära patienten

- Primärvården behöver snabb tillgång till specialistkompetens för att undvika onödiga sjukhusinläggningar.
- Specialistvårdens stöd är särskilt viktigt vid komplexa fall och vid vård som flyttas hem.

Mobila team och jourfunktioner

- **MALT (Medicinskt Akutläkarteam)** och **PALT (Primärvårdens Akutläkarteam)** nämns som centrala resurser.
- Förslag om att etablera PALT enligt propositionen för närvarande primärvård för att komplettera med tillgänglig MALT för att säkerställa läkarbedömning dygnet runt.
- Ambulerande psykiatriteam efterfrågas för att möta behov utanför kontorstid.

Kommunikation med specialistvård

- Det fungerar väl med specialistteam vid hemsjukvård (exempel: dialys), men fler strukturer behövs.
- Remissprojekt från SÄS lyfts som god praxis för att få rätt vård på rätt nivå.
- Förslag om att primärvårdsläkare ska kunna remittera direkt till Närsjukvårdsteamet och palliativa teamet.

Medicinska vårdplaner

- Tydliga medicinska vårdplaner från specialistvården är avgörande för att primärvården ska kunna ta vid utan osäkerhet.

- Planerna ska inkludera läkemedelslistor, hantering av hjälpmedel och kontaktvägar vid frågor.

Digitalt stöd och konsultation

- Digitala läkarkonsultationer för sjuksköterskor efterfrågas som komplement till fysiska besök.
- Förslag om att använda digitala lösningar för att öka tillgänglighet till specialistkompetens.

Diskussion och slutsats – huvudpunkter

Kulturförändring och samverkan

- För att skapa en sammanhållen vård krävs en kulturförändring där tillit och förståelse mellan aktörer är centralt.
- Gemensamma arbetsätt och ett "vi och dom"-tänk måste bort. Studiebesök och gemensamma forum föreslås för att öka förståelsen.
- Kommunikation mellan aktörer behöver bli snabbare och mer strukturerad, med tydliga kontaktvägar och ansvarskedjor.

Kompetensförsörjning

- Brist på kompetens är en kritisk utmaning. Fler specialistutbildade undersköterskor och legitimerad personal behövs.
- Hemtjänsten har en nyckelroll men saknar ofta mandat och resurser för att agera proaktivt.
- Förslag om lojalitetsbonus och förbättrad arbetsmiljö för att behålla personal.

Digitalisering och tillgänglighet

- Digitala lösningar är viktiga men måste kompletteras med mänsklig kontakt, särskilt för äldre i digitalt utanförskap.
- Utbildning i digitala verktyg för invånare och personal är avgörande.
- Förslag om äldre-app, digitala läkarkonsultationer och IT-stöd som "fixartjänst".

Samordning och vårdkedja

- SIP (Samordnad Individuell Plan) och SAMSA är centrala verktyg men används för lite.
- Behov av tydliga medicinska vårdplaner vid utskrivning från sjukhus, inklusive korrekta läkemedelslistor och PUD-datum.
- Förslag om gemensamt telefonnummer (1177 + kommun) och digitala kontaktvägar för effektiv kommunikation.

Tillgänglighet dygnet runt

- Jourfunktioner och mobila team är avgörande för att undvika onödiga sjukhusinläggningar.

- Modeller A, B, C för mobil vård behöver implementeras där modell A med primärvårdsläkare är prioriterad enligt propositionen för God och Nära vård.
- Tillgång till läkare under kväll, helg och natt är en återkommande fråga.

Förebyggande arbete

- Tidiga insatser via förebyggande team, hälsosamtal och screening (fallrisk, social isolering, tandvård).
- Samverkan med civilsamhället och anhörigstöd är viktigt för att minska ensamhet och skapa trygghet.
- Förslag om "äldrekit" med information och hembesök för att identifiera dolda behov.

Underlag workshop styrgrupp och delpolitiskt samråd december 2025

Invånarperspektiv och tillgänglighet

Kontinuitet

- Upprätta namngiven kontaktperson (äldre-sjuksköterska)

Trygg hemgång

- Etablera någon form av [trygg hemgång](#)

Tillgänglighet

- Ett telefonnummer för äldre och en väg in
- Direktnummer till legitimerad personal

Resonemang:

Tillgänglighet är inte bara fysisk – det handlar om att invånaren vet vem man ska kontakta, får snabb respons och känner sig trygg i vårdövergångar.



Förebyggande arbete och uppsökande verksamhet

- Upprätta [förebyggande team](#)
- Mötesplatser och aktiviteter/evenemang behöver bli mer kända av invånare och vårdens aktörer
- "Familjecentral" fast för äldre
- Konkretisera och utöka samverkan med tandvård, syn- och hörselvård samt civilsamhället, trossamfund och föreningar

Resonemang:

Förebyggande arbete kräver att man når invånare innan de blir vårdtagare. Samverkan med föreningar och trossamfund är en nyckel för att nå ut brett.



Samordning och informationsutbyte mellan aktörer

- Upprätta [lokal fungerande samverkan](#) i samtliga kommuner
- Upprätta dagliga avstämningar på samtliga vårdcentraler med delaktighet från kommunal primärvård, hemtjänst och biståndshandläggare
- Upprätta direktnummer mellan vårdpersonal inom den primära vården
- Upprätta ett systemstöd motsvarande [Jönköpingsmodellen](#) för att fånga mångsökarna
- Upprätta en organisation som kan besluta och verkställa SoL-beslut utanför kontorstid
- Genomför [SIP](#) för tydlig ansvarsfördelning samt [årskontroller](#)
- Utöka användningen av [CFS-skattning](#) samt utarbeta gemensamma arbetsätt för:



- ✓ 1 – 4
- ✓ 5 – 6
- ✓ 7 - 9

Resonemang:

Samordning kräver både struktur och kultur. När aktörer har gemensam förståelse för roller och ansvar blir insatserna mer träffsäkra.

Specialiststöd till den primära vården

- Upprätta [Modell A \(propositionen nästa steg för en god och nära vård 2025/26:19\)](#) motsvarande akuta primärvårdsteam som snabbt mobiliseras:
 - ✓ Dagtid – skapa primärvårdsteam
 - ✓ Jourtid – justera nuvarande avtal
- [Modell B och C](#) kompletterar [Modell A](#) dvs specialistvård och gemensamma team
- Upparbeta spår för kontakt mellan vårdgivare enligt innovationsarbetet
- Säkerställ korrekta medicinska vårdplaner samt läkemedelslistor
- Säkerställ en väl samverkad och säker vårdövergång



Resonemang:

Specialiststöd måste vara tillgängligt och samordnat. När primärvården får stöd i komplexa ärenden kan vården flyttas hem med trygghet.

Goda förutsättningar för vårdens medarbetare

- Kompetensförsörjning:
 - ✓ Brist på kompetens är en kritisk utmaning. Grundutbildade samt specialistutbildade undersköterskor och legitimerad personal behövs – främst kommunal verksamhet.
 - ✓ Hemtjänsten har en nyckelroll men saknar ofta mandat och resurser för att agera proaktivt.
 - ✓ Forskning gällande tillitsbaserad styrning inom [hemtjänst](#) belyser utmaningar.
 - ✓ Förslag om lojalitetsbonus och förbättrad arbetsmiljö för att behålla personal.



Resonemang:

Hemtjänsten som reflekterande och agerande resurs ur ett förebyggande perspektiv (*aktiva dygnets alla timmar och i samtliga väderstreck året runt*).

Ersättningsmodell för regional primärvård

- Strategiska beslut märks ej i den operativa driften
 - ✓ [Inriktning för vårdvalssystemet i Västra Götalandsregionen 2024-2028](#)
 - ✓ [Beredningen](#) för nära vårds uppgiftsområden
 - ✓ [Granskning av omställningen av hälso- och sjukvården](#)

Resonemang:

Proaktivt genom hälsofrämjande och förebyggande hälso- och sjukvård, stärkt samverkan och samordning, ökad personcentrering och tillgänglighet, högsta möjliga kvalitet och bästa möjliga kunskap samt prioritering och differentiering.



Systemstöd och juridik - mångsökare

- Systemstöd för att identifiera mångsökare inom primärvård och SÄS akutmottagning.
- Nytt arbetssätt krävs med tillhörande rutiner.

Resonemang:

Med målet att fånga och skapa samsyn kring mångsökare används systemstöd som samverkansunderlag för vårdgivare inom ramen för Nära Vård.



Kommunikation och ledarskap

- Intresserad och involverad lokal politik gällande omställningen med tillhörande ansvar för förutsättningar och systematisk uppföljning
- Chefer med intresse och ansvar för att [skapa förutsättningar](#) för omställningen inom respektive ansvarsområde samt involverar alla medarbetare

Resonemang:

Ledarskap är avgörande för att omställningen ska lyckas. Politiken behöver förstå och stödja förändringen – följa upp och ansvara för tagna effektmål och beslut.



Utfall workshop i styrgrupp och politiskt samråd 12 december 2025

Enligt beslutet i december 2024 gällande framdriften av processarbetet, låg det även med i planeringen att ha en slutgiltig workshop med styrgrupp och delpolitiskt samråd i december 2025. Deltagare på workshopen är bland annat AU (arbetsutskottet) för styrgruppen samt presidiet, det vill säga den politiska delen kopplat till Närvårdssamverkan. Närvårdskontoret närvarar och det tillsammans med den moderator som utsetts att facilitera dagen, och som också har träffat såväl styrgrupp som politiker tidigare i Närvårdssamverkans målbildsarbete. Dagen har föregåtts av dialog där moderator varit i dialog med processledare gällande det utfall som formats under den gångna hösten och tillhörande workshops i samtliga kommuner (Vårgårda har skett i efterhand under januari månad 2026 kopplat till geografiskt önskemål) och som enligt ovan legat till grund för utförd workshop.

Samtliga medlemmar i styrgruppen och delpolitiskt samråd är inbjudna. I enstaka geografiskt områden uteblir dessvärre närvaron. Dagen inleds av ordförande för presidiet följt av ordförande för AU. Därefter övertar moderatorn workshopen för dagen. Processledarna har 30 minuter till förfogande för presentation av det [utfall](#) som workshoparna under hösten lett fram till.

Utfall från workshop med styrgruppen den 12 december mynnar ut i samsyn gällande vikten av:

- Vikten av SIP med tillhörande analys varför dessa inte utförs i större utsträckning
- Förebyggande team inklusive CFS-skattning och äldre-sjuksköterska på vårdcentral i nära samarbete med biståndsbedömare och rehab
- Daglig styrning med pilotstart i Mark (Skene vårdcentral)
- Primärvården som nav inklusive fast vårdkontakt
- Säkerställa uppdaterade vårdplaner och korrekta läkemedelslistor
- Öppna kanaler mellan yrkeskategorier
- PALT (primärvårds-akutläkarteam)

Processledarnas reflektioner

Processledarna belyser vikten av fortsatt systematiskt arbeta med respektive geografiskt område och då med de lokala politiker och chefer på samtliga nivåer som har koppling mot processarbetets innehåll. Systematik och följsamhet till tagna beslut är av stor vikt och har belysts av såväl SKR som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Målsättningen är att i beslutsmötet den 30 januari 2026 använda sig av den klokhet och kunskap som inkommit genom deltagare på bred front under hösten 2025, samt del av 2026 då även Vårgårda haft sin workshop. Deltagarna (ca 400 personer) som tagit del av informationen, träffat och samverkat med professioner och vårdgrannar inom sitt

geografiska område, input från brukarrepresentanter (som kompletteras av nationellt sammanställd bild av vad som skapar trygghet för målgruppen) som tillsammans resonerat fram kloka förslag och det i enlighet med det uppdrag som tilldelades processledarna under 2024. Beslutet från styrgruppen att ersätta tidigare spridningskonferens med workshopar för att nå ut till fler bör betraktas som lyckat. Det kvarstår dock flertal medarbetare som samtliga behöver bli introducerade samt få förutsättningarna för fördjupat arbete gällande nära vård och omställningen över tid.

Förväntningarna från deltagarna i utförda workshops är stora inför kommande beslutsmöte som skall leda verksamheten framåt i den riktning som nationella förslag och beslut pekar mot och som lagen kräver. Processledarna förespråkar också noga genomlysning av förutsättningarna för fortsatt framdrift i enlighet med framtaget processledarbeslut under 2024. Hittills är det som nämnt ca 400 medarbetare som deltagit i workshoparna och det finns fortsatt många fler i respektive verksamhet som behöver ha samma kunskapsbas att stå på och utgå ifrån. Det gäller såväl medarbetare som chefer på samtliga nivåer samt politiker med koppling mot vård- och omsorg.

Processledarna tackar för det förtroende som tilldelats i samband med detta uppdrag. Det har varit en givande och rolig resa och en förmån att få träffa så många, engagerade och kloka medarbetare. Vi hoppas att vi har förvaltat deltagarnas input i denna rapport med avsikt att skapa ett underlag för fortsatt arbete och beslut. Vi väljer att avsluta med ett citat från en av workshoparna som ger hopp inför framtiden och det fortsatta arbetet:

”Vi har aldrig varit så här nära”

Anna-Lena Ingelhag
Ann-Charlotte Lundell
Catarihna Petersson
Marko Anttila

Bilagor – sammanställt av processledare

Bilaga 1 - Systemstöd för att identifiera mångsökare - förslag

Bakgrund

Inom Nära Vård pågår ett arbete att identifiera gemensamma mångsökare i kommunal och regional primärvård samt SÄS somatiska akutmottagning för att kunna samverka kring dessa patienter i ett tidigt skede. Nu eftersöks ett systemstöd som ska underlätta att hitta och samverka kring mångsökare. Inspiration finns från Region Jönköpings län som har skapat en rapport-lösning i Power BI (se [länk](#)).

Andra typer av systemstöd är tänkbara men inte aktuella (eventuella okända alternativ – ta in input från exempelvis Innovationsplattformen VGR).

OBS - länkad lösning från Jönköping visar helhet men ej på personnummernivå. Det finns en separat rapport för personnummernivå av mångsökare i Jönköping som ej är publik.

Dokumentation av Jönköpings lösning: [folkhalsaochsjukvard.rjl.se.docx](http://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/docx)

Dataunderlag - samkörda data

För att identifiera mångsökare på vårdcentraler och SÄS akutmottagning behöver data från Närhälsan samköras med data från SÄS akutmottagning. Detta kan ske på olika sätt.

- Alternativ 1 "samlad närvårdssamverkan": En ny databas (tex datamart i Denodo) för närvårdssamverkan skapas som laddas med data från respektive källsystem (AsynjaVisph via IFD Primärvård samt Elvis via IFD Elvis). Databasen kan användas för fler syften inom närvårdssamverkan i och med att det är ett prioriterat område som i dagsläget ofta saknar bra systemstöd. Detta alternativ möjliggör något som liknar Jönköpings översiktsrapport. Detta alternativ bör drivas/skapas regionalt.
- Alternativ 2 "endast mångsökare": En ny databas (tex datamart i Denodo) för mångsökare skapas specifikt för detta systemstöd och laddas med data från respektive källsystem (AsynjaVisph via IFD Primärvård samt Elvis via IFD Elvis). För att minska datamängden som behöver samköras används en definition av "mångsökare" för vårdcentral respektive akutmottagning separat (till exempel minst 3 besök på vårdcentral de senaste 30 dagarna, och/eller minst 4 besök på akutmottagningen de senaste 12 månaderna). Endast patientkontakter som uppfyller definitionen laddas in i databasen.
- Alternativ 2A "pilot": Ladda mångsökardata enligt definitionen ovan direkt från IFD Primärvård och IFD Elvis till en Power BI-rapport
- Alternativ 3 "regionala Vega": Vega har undersökts som möjlig regional datakälla för mångsökardata. Enligt Marcus Edenström (Regional Vårdanalys, augusti 2025) innehåller Vega många delar av den data som behövs men juridiska begränsningar gör att Vega inte är möjlig att använda; insamling till VEGA görs i statistiksyfte och data från Vega får inte användas för verksamhetsutveckling som det är fråga om här.

Filtrering av data

Oavsett alternativ behöver datat begränsas i tiden. Förslagsvis omfattas vårdkontakter som skett de senaste 12 månaderna (rullande) – det ger en bild av läget ”just nu”. Datat begränsas för primärvården inte bara till fysiska vårdkontakter utan innefattar även telefon (1177?). Datat innefattar för SÄS akutmottagning även MALT-kontakter (medicinskt akutläkarteam).

Datamodell

Datamodellen behöver innehålla information om:

- Patienten: personnummer (detta är nyckeln mellan AsynjaVisph- och Elvis-datat), vilken vårdcentral hen är listad på, medicinsk information: kroniska diagnoser?, läkemedelsgenomgång senaste X månaderna?, samt demografisk information: bostadsort och ålder?.
- Vårdcentralskontakter: personnummer, datum (och tid?), typ av kontakt?, orsak/diagnos? och typ av åtgärd?
- Akutmottagningsbesök: personnummer, datum (och tid?), typ av kontakt (vanlig/MALT/?)?, orsak/diagnos?, ankomstsätt?, typ av åtgärd alt inskrivning ja/nej?

Datauppdatering

Datat uppdateras förslagsvis 1 gång per dygn (initialt, förhoppningsvis mer sällan när bulken av mångsökare har hanterats).

Rapport

När dataunderlaget finns tillgängligt kan en rapport byggas i Power BI.

Visualiseringar

Rapporten ska visa:

- En lista över mångsökare per vårdcentral (där pat är listad)
- Per patient, information om: personnummer, namn, ålder/åldersgrupp, antal besök totalt/PV/SÄS. Även information om SÄBO, palliativ vård/PRIS, NSVT, hemsjukvård, andra insatser? Läkemedelsgenomgång? (OBS kan innebära andra datakällor)
- Trendlinje över tid antal besök/antal mångsökare? Övrig statistik på gruppnivå/VC-nivå? – påverkar tidsintervallet för datat, alt spara undan statistik, omständligare lösning.

Behörigheter

Användare av rapporten har endast behörighet att se ”sin” vårdcentral och de patienter som är listade där. Detta styrs via row-level-security i Power BI (går troligtvis att utnyttja befintliga AD-grupper).

Primärvården är navet, men även vissa medarbetare på SÄS akutmottagning ska ha tillgång till rapporten.

Hur göra med områdeschefer, se alla VC i sitt område?

Kommer personer från närvårdssamverkan ha behörighet att se alla vårdcentraler och alla patienter? – AU behöver ta ställning till om det behövs.

Vem ansvarar för att hantera behörighetsansökningar?

Tillgänglighet & support

Vid problem med rapporten ansvarar Närhälsans utdatafunktion för supporten (?) som finns tillgänglig kontorstid vardagar (?) – se fråga om förvaltning.

Anmärkningar och frågor

- Vi bör lära oss av Jönköpings lösning: Möjlighet att få tillgång till alt. genomgång av Jönköpings rapport "Mångsökare"? Möjlighet till utbyte med utvecklare av Jönköpings övergripande rapport? Utbyte även ang. juridiska frågor? Hur har Jönköping löst förvaltning av lösningen?
- Jönköpings övergripande dashboard verkar vara en molnlösning som är publik dvs tillgänglig för alla invånare. Överväg hur vi kan informera invånare om Nära Vård och hur arbetet fortlöper.
- Definition av mångsökare, finns regional/nationell definition? Hur räknas besök av samma patient på flera olika vårdcentraler?
- Resurser till utveckling och förvaltning av lösningen. Både Närhälsan och SÄS har begränsade utdataresurser. Regionalt?

Juridiska frågeställningar

Eftersom det rör datahantering över förvaltningsgränserna behöver några juridiska frågeställningar klargöras:

- Tillgång till annan förvaltnings data för systemutvecklare
- Tillgång till annan förvaltnings data för verksamhetspersoner (användare av rapporten)
- Är alternativ 1 "samlad närvårdssamverkan" möjlig ur ett juridiskt perspektiv dvs kan vi skapa en samlad datakälla för Närhälsan och SÄS som kan uppfylla flera syften eller krävs separata godkännanden för varje projekt/användningsfall? (Ta inspiration från SVF som skapat en regional rapport över förvaltningsgränserna, kontaktpersoner Erik Helmfridsson och Anna Perneman)
- Krävs patientens godkännande i varje fall för att annan förvaltning ska få läsa personuppgifterna?
- Det krävs ett godkännande från respektive verksamhetschefer
- Kontaktpersoner:
 - Primärvårdsdirektör Närhälsan
 - Närhälsan jurist
 - Verksamhetschef SÄS akutmottagning
 - SÄS jurist

Återkoppling från Region Jönköping

På uppdrag av AU Närvårdssamverkan har frågan gått vidare till Jönköping som genom etablerat arbetssätt [folkhalsaochsjukvard.rjl.se.docx](#) svarat på hur de omhändertagit de juridiska aspekterna. Kontaktpersoner i Jönköping (chef för utvecklingsavdelningen region Jönköping) ([Säker vård - alla gånger](#)) inkommer med återkoppling där svaret i retur lyder:

- det är ett led av den sedvanliga kvalitativa uppföljningen av verksamheten och det finns inget motsatsförhållande i det vad gäller sekretesslagstiftningen

Representation från Jönköping har svarat att de inte ser att det är en juridisk fråga utifrån att listan tas fram av respektive vårdgivare i en vårdrelation och hanteras därefter i enlighet med samtycke mellan vårdgivare

Bilaga 2 - Systemstöd för att identifiera mångsökare - juridik

Rättsliga utgångspunkter - Utlämnande av allmän handling

Ett utlämnande av data som består av patientuppgifter över förvaltningsgränserna kan ske om det finns en sekretessbrytande regel. I detta fall finns en sekretessbrytande regel (25 kap. 11 § punkten 2 offentlighet- och sekretesslagen, OSL). En begäran om utlämnande från annan förvaltning behöver vara konkret och tidsbegränsad, dvs det ska vara tydligt vilka uppgifter som efterfrågas och det ska framgå under vilken tidsperiod som avses. Uppgifterna ska vara nödvändiga för att uppfylla ändamålet med projektet till exempel är det sannolikt inte relevant att begära uppgift om patients bostadsort. Eftersom det rör ett utlämnande av patientuppgifter mellan förvaltningar inom regionen och det finns en sekretessbrytande regel behövs inte ett samtycke i detta skede. Samtycke från patient blir relevant först när andra aktörer som till exempel kommun involveras i vården.

När vårdgivare upprättar ett systemstöd som behandlar personuppgifter inom hälso- och sjukvården (patientuppgifter) blir patientdatalagen, PDL, tillämplig (1 kap. 1 § PDL). Personuppgifter får behandlas inom hälso- och sjukvården om det behövs för kvalitetssäkring och verksamhetsutveckling (2 kap. 4 § punkten 4 och 5 PDL).

Behörighetsstyrning

Behörigheten ska begränsas till vad som behövs för den enskilde medarbetare ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården (4 kap. 2 § PDL). Villkor för tilldelning av behörigheter för åtkomst till personuppgifter i journalsystem framgår i 4 kap. 2 § PDL. Det framgår vidare av 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården att varje användare ska tilldelas en individuell behörighet för åtkomst och att tilldelning av behörigheter ska föregås av en behovs- och riskanalys. Projektet måste därför begränsa vilka verksamhetspersoner som får tillgång till vilken data i systemstödet.

Bilaga 3 – Tillitsbaserad styrning



Syfte - att undersöka förutsättningarna för en mer tillitsbaserad styrning genom en fallstudie av ett tillitsbaserat utvecklingsprojekt i kommunal omsorg.

Metod - följeforskning 2017-2019 27. Intervjuer (6 strategisk personal, 6 enhetschefer + 5 upp följningsintervjuer, 10 omsorgsarbetare) 11 observationer Projekt som handlade om att in föra ett nytt arbetssätt (medarbetardriven innovation) där arbetstagare i smågrupper skulle ta fram lösningar på problem och testa dem självständigt.

Resultatet – stark ekonomistyrning. I relation till att arbeta mer tillitsbaserat: Omsorgsarbetarna- positiva men utan möjligheter pga. personalbrist. Enhetscheferna – positiva men utan möjligheter på grund av budget. Den strategiska personalen- positiva till arbetssättet men skeptiska till ut förändret. Ekonomistyrningen påverkade de materiella förutsättningarna att genom föra projektet, men också den inom-organisatoriska tilliten.

Olika världsuppfattningar i organisationen

Ett tillitsbrott och dess konsekvenser

Subjektiv eller objektiv budget

Avfärdande ledde till tystnad

"Vi har 24 h på ett dygn, frågan är vad vi gör med den...Om man tittar på arbetstid på samma sätt då så handlar det inte bara om att lägga på timmar, att skapa mer timmar, utan där gäller det att använda våra timmar. Och där är inte våra chefer, tänker inte riktigt så än. Så det är en utmaning rent konkret"
/ HR

"För det blir ju, jag säger inte att man inte ska prata om hinder för det måste man för att få upp det på bordet, men att man måste kunna gå vidare sen. För det blir väldigt lätt att på alla möten att det bara handlar om hinder hela tiden och det blir ju lite tjugigt. När gång får man ju försöka bryta det också."
/Verksamhetsutvecklare

"Att vi med samma bemanning som vi har för att bedriva vården ska lägga in ett möte kring det här en gång i veckan en timme, det finns inte i min verksamhet. Jag räknar kvartar för att lösa ett schema...Sen under hösten så har vi haft ett ekonomiskt läge där vi har haft liksom noll på vikarier, alltså verkligen dra ner allt allt. Vilket gjort att då har det inte heller varit aktuellt att säga att "ni får gå ännu mer kort nu för jag ska ha en på ett möte" Det har liksom inte känts helt motiverat, så kan jag säga."
/Enhetschef

Olika världar i organisationen

Oro om konflikt mellan egenintresse och arbetsmiljö och vårdtagarnas bästa från strategiskt håll

Ikke-existerande konflikt på enhetsnivån/den operativa nivån

"...så att det inte blir verksamhetens egna behov som man hela tiden ska förbättra, att det ska bli bättre för mig men det kanske inte innebär att det blir så mycket bättre för dem vi är till för."
/ Verksamhetsutvecklare

En av vårdarbetarna förklarade varför de fortsatte att arbeta trots sitt missnöje med arbetsförhållandena: "Vi gör det för att vi älskar de äldre och får kärlek tillbaka från dem"

Budgeten framför allt

"Att Våga misslyckas"

Uppskattat motto men helst gällande någon annan.

Och absolut inte ekonomin.

"Nånstans så handlar det ju om att våga och att vara lite modig, och att våga misslyckas. Kan jag som chef ge det till mina medarbetare att ja men jag kan misslyckas också, eller göra fel eller göra fel beslut så visar det ju faktiskt på att det är okej och inte bara att man säger att det är okej. Utan att alla har rätten till att göra fel."
/Verksamhetsutvecklare

"Jag tror att det är ovanligt, men jag tror att det finns chefer som systematiskt överskrider sina budgetar eftersom de vet att någon annan kommer att lösa det. Om man bara får en liten smäll på fingrarna och någon annan löser det, då kommer man undan med det."
/Verksamhetsutvecklare

Slutsatser - ekonomistyrningen påverkade både synen på varandra och förutsättningarna för att arbeta på ett annat sätt. Olika världar i organisationen – påverkade samspelet mellan de olika organisatoriska nivåerna:

- ✓ Tillit-ömsesidig dimension, kopplat till position och tidigare erfarenheter
- ✓ Svårt att börja längst ner i organisationen
- ✓ Fundera på vad det är för problem man vill lösa med tillit och hur det ska göras konkret. Låt världarna mötas mer och ha tillit till andras upplevelser

Bilaga 4 - Dagliga avstämningar – den primära vården som nav

Ansvar för daglig avstämning

- Äldre-sjuksköterska på vårdcentral kallar till dagliga avstämningar.
- Förväntade deltagare är äldre-sjuksköterska, biståndshandläggare, representant kommunal primärvård och hemtjänst
- Chefer förväntas ha regelbundna avstämningar
- Arbeta aktivt för att skapa förutsättning för den nära vården
- Informations- och kunskapsbärare till respektive förvaltning för utveckling över tid

Patientdelaktighet föreslås utgå ifrån:

- Patientrepresentation samt "Vägledning för samverkande hälso- och sjukvård i hemmet - Nationell arbetsgrupp Medicinsk samverkan och läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård" ligger till grund för principerna gör pensionärsorganisationerna sammanfattade följande förväntningar på vård och omsorg:
 - **Trygghet i vardagen känner vi:**
 - ✓ *när vi får stöd och hjälp för egna hälsofrämjande insatser, hälsoplanrehabiliteringsplan, munhälsa inte att förglömma. Det är aldrig för sent med hälsoinsatser!*
 - ✓ *när vi får stöd och hjälp till egenvård, självmonitorering*
 - ✓ *när vi får stöd och hjälp att använda digitala tjänster*
 - ✓ *när behov av insatser från vården finns, vet vi att de olika vårdgivarna samordnar aktuella insatser och samverkar*
 - ✓ *när vi vet vad nästa steg är och vem som gör vad*
 - ✓ *när vi vet att vi hela tiden får rätt läkemedel*
 - ✓ *när vi vet vart eller till vem man skall vända sig vid behov, fast vårdkontakt*
 - ✓ *när vi har enkla sätt att ta kontakt, tillgänglighet*
 - ✓ *när vi har överblick och känner oss delaktiga*
 - ✓ *när vi har en SIP (Samordnad Individuell plan) eller ett patientkontrakt, och varit delaktiga i att ta fram och besluta*
 - ✓ *när vi vet att det finns medicinsk kompetens att tillgå dygnet runt oavsett om vi bor i eget eller särskilt boende*
 - ✓ *när vi närmar oss livets slut finns det professionell palliativ vård att få*

Mätvärden föreslås utgå ifrån:

- Socialstyrelsens förslag på indikatorer för uppföljning av Nära vård som nedan markeras med*:
 - **Samverkan region och kommun:**
 - ✓ *Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar**
 - ✓ *Besök på akutmottagning bland personer 80 år och äldre per 1000 invånare**
 - **Personcentrering**
 - ✓ *Andel personer med samverkande hälso- och sjukvård i hemmet med SIP**
 - ✓ *respektive uppföljning av SIP**
 - **Tillgänglighet**
 - ✓ *Nationella indikatorer kopplat till målgrupp saknas, uppföljning bör ske i lokala samverkansgrupper*
 - ✓ *Tillgång till läkare särskilt boende**
 - **Kontinuitet**
 - ✓ *Läkarkontinuitet**
 - ✓ *Andelen med fast läkarkontakt**
 - ✓ *Andelen med fast vårdkontakt**
 - **Proaktiv vård**
 - ✓ *Andel patienter med dokumenterad medicinsk vårdplan**
 - ✓ *Andel patienter med samverkande hälso- och sjukvård i hemmet med olämpliga läkemedel**
 - ✓ *Andel CFS-skattningar på personer 70 år och äldre*

Samverkan och avstämningar enligt följande:

Dagligen

- **Patienter i SAMSA**
- **CFS-skattade där samordning behövs**
- **Behov av uppföljning i hemmet – om så är fallet genom:**
 - ✓ *Förebyggande team*
 - ✓ *Distriktsläkare/sjuksköterska/rehab*
 - ✓ *Kommunal primärvård*

- ✓ *Biståndshandläggare*
- ✓ *Möjlig digital uppföljning alternativt digitala hjälpmedel*

Vecka

- ✓ *Avstämning gällande veckan som gått – sammanställning av daglig verksamhet och vid behov lyfta punkter till månadsavstämning där samtliga chefer medverkar för framdrift av samverkan kring sköra äldre i det geografiska området*

Månad

- ✓ *Uppföljning av grundläggande samverkan och gemensamt ansvar med patienten i centrum*
- ✓ *Uppföljning av följsamhet till användandet av CFS-skattning och SIP*
- ✓ *Uppföljning av rapportstruktur ([Process statistik - Samverkan vid in- och utskrivning](#))*
- ✓ *Uppföljning av antal och orsak till behov av uppföljning i hemmet*

Kvartal

- **Samverkan region och kommun:**
 - ✓ *Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar**
 - ✓ *Besök på akutmottagning bland personer 80 år och äldre per 1000 invånare**
 - ✓ *Andel personer med samverkande hälso- och sjukvård i hemmet med SIP respektive uppföljning av SIP**
 - ✓ *Nationella indikatorer kopplat till målgrupp saknas, uppföljning bör ske i lokala samverkansgrupper*
 - ✓ *Tillgång till läkare särskilt boende**
 - ✓ *Läkarkontinuitet**
 - ✓ *Andelen med fast läkarkontakt**
 - ✓ *Andelen med fast vårdkontakt**
 - ✓ *Andel patienter med dokumenterad medicinsk vårdplan**
 - ✓ *Andel patienter med samverkande hälso- och sjukvård i hemmet med olämpliga läkemedel**

År

- ✓ *Sammanställning av året gällande samverkan och utveckling av den nära vården kring den sköra äldre*

Bilaga 5 – Underlag vid utförda workshoppar

**Omställning
Nära vård
2025**




Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

Processledare Nära vård

- Marko Anttila
- Catarihna Petersson
- Ann-Charlotte Lundell
- Presentationsrunda samtliga deltagare



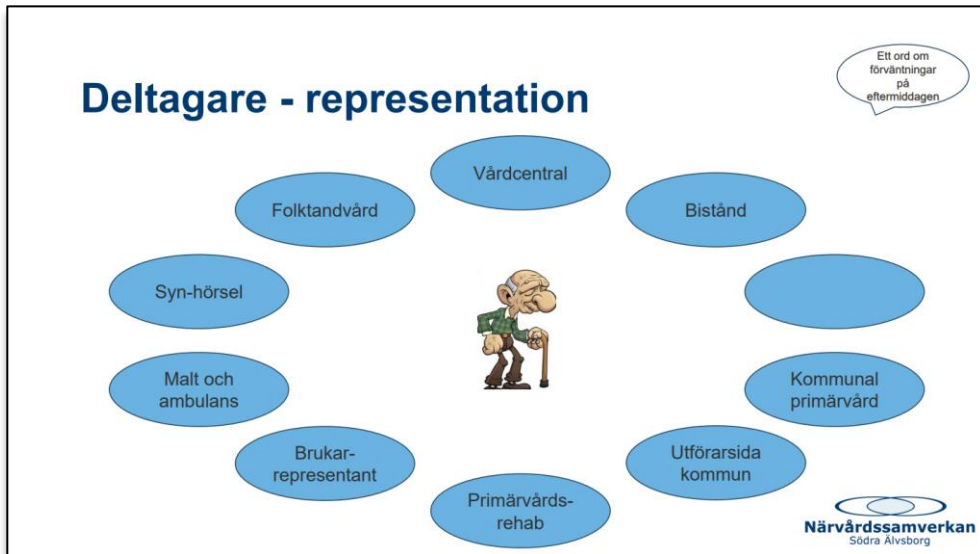

Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

Tidsplan för dagen

- 13:00 - Välkomna
- 13:05 - Introduktion
- 14:00 - Workshop i grupper
- 14:30 - Kaffe i pågående workshop
- 15:10 - Återkoppling per grupp
- 15:45 – Sammanställning
- 16:00 – Avslut – Menti – 3 ord




Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg



Målbild

"Med tillit, där vårdgivarna arbetar tillsammans kring invånarnas behov, bygger Närvårdssamverkan Södra Älvsborg en samverkan som skapar mervärde, trygghet och god kvalitet i gemensamma arbetssätt, i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet, liksom i vårdövergångarna."




Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

Omställningen

Omställningen – enkla regler - målgrupp och medarbetarfokus



Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

Fokusområden beslutade 241206

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

[Nära vård](#)

[Beslutsunderlag Nära Vård](#)

Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

Nära Vård - varför

VARFÖR STÄLLER VI OM TILL NÄRA VÅRD?

[Personcentrerat arbetssätt](#)

Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

Enkla regler

1. Bäst för invånaren.
2. Ta ansvar för ert steg. Ge feedback till steget före och underlätta för steget efter.
3. Vi gör det tillsammans.

Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

Fokus – målgrupper



färdplan
 aktivitetsplan

Målgrupp	Målgrupp	Målgrupp
Medarbetare	Medarbetare	Medarbetare
Enhetschef/teamsamord.	1:a linjens chef	1:a linjens chef

Sköra äldre

Fokus mångsökare -
 systemstöd

Samverkan sköra äldre – mångsökare och en väg in



MedRave –
 identifiera och
 agera på
 mångsökare

Primärvård – kommunal/regional samt
 socialtjänst

En väg in -
 äldremottagning



- Äldre mångsökare
- Aktivt söka i systemen. Statistik ur MedRave
- Äldre som varit på akuten men ej blivit inlagd. (Info via omsorgscoordinator på akuten)(23timmar)
- Äldre som varit inlagda och planerats i SAMSA men inte blivit inskrivna i kommunal primärvård
- Äldre som vid hemgång från korttidsplats inte blir inskrivna i kommunal primärvård
- Äldre som fått besök av samsjukvården, ambulans, MALT

Ett exempel

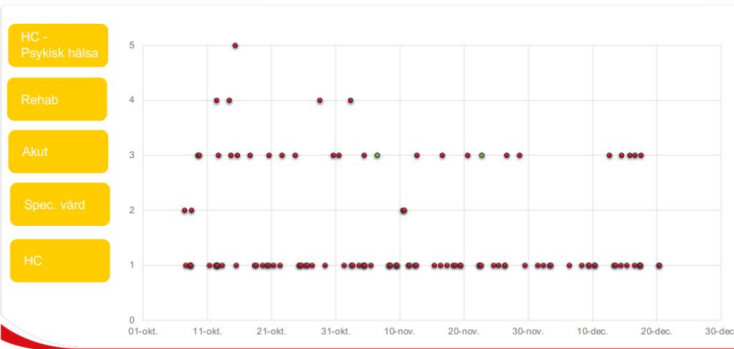


Det här är Eva

regionkalmar.se |



Ett exempel

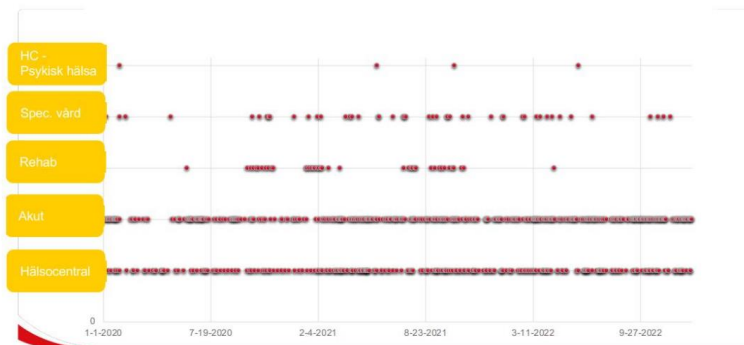


Evas kontakter med regionen under oktober till december 2021

regionkalmar.se |



Ett exempel



Evas besök under tre års tid

regionkalmar.se |



Att fortsätta med – att utveckla – att lösa

Helhet – förebyggande – förbättra arbetssätt – nytt arbetssätt



Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

Syn

Munhälsa **Hörsel**




delat ansvar och samarbete

Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre

Ta ansvar för ert steg. Ge feedback till steget före och underlätta för steget efter.

Önskemål från äldre – sammanställt av Socialstyrelsen



Patient

- Ett telefonnummer till äldre-sjuksköterska eller namngiven PAS (patientansvarig sjuksköterska)
- Öppen mottagning?
- Trygghet skapas genom delaktighet samt vetskap i vem som gör vad när – kontinuitet är viktigt för mig
- Allt vården samverkar kring mig
- När vi vet att det finns medicinsk kompetens att tillgå dygnet runt oavsett om vi bor i eget eller särskilt boende

Regional primärvård

- Vårdpersonal identifierar invånare med behov av samverkan **dagligen**
- Respektive vårdcentral söker systematiskt via MedRave och identifierar mångsökare samt sökande per telefon
- Äldre-sjuksköterska etablerar kontakt med biståndshandläggare, rehab och eventuellt kommunal primärvård
- Veckoavstämning** utifrån identifierade individer (på sikt dagligen)
- Oplanerade läkarbesök i hemmet 24/7

Kommun

- Biståndshandläggare identifierar behov som uppstått sedan stängning och vem som behöver prioriteras och samverkas om
- Veckoavstämning** utifrån identifierade individer (på sikt dagligen)
- 16 – 08 samt helg upprättas mandat att bevilja och verkställa Sol-insatser samt korttid
- Kommunal primärvård är en del i detta (öppenvård SAMSA samt samsjukvården)

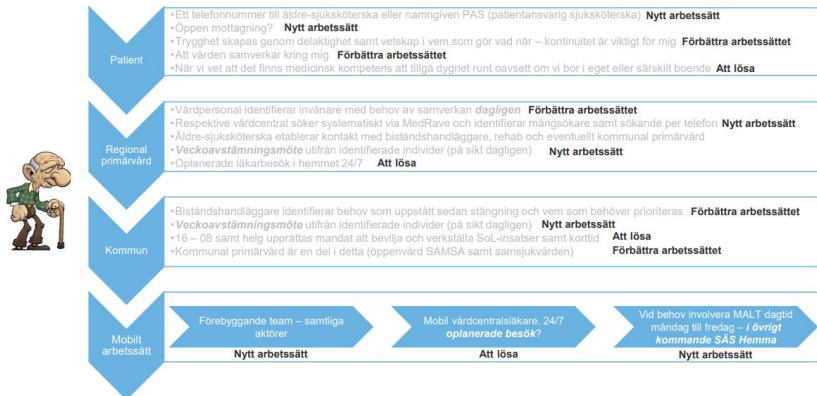
Mobilt arbetssätt

Förebyggande team – samtliga aktörer → Mobil vårdcentralsläkare. 24/7 **oplanerade besök?** → Vid behov involvera MALT dagtid måndag till fredag – **i övrigt kommande SAS Hemma**

Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre

Ta ansvar för ert steg. Ge feedback till steget före och underlätta för steget efter.



Sammanfattning SKR- Potentialerna i nära vård.

Kategori	Arbetsätt	Resultat kvant.	Resultat kval.	Spridning
Mobila arbetssätt	Mobila sjukhuskopplade team	↓ 25-70% vård dagar sjukhus 20-50% kommunala sjukvårdssamverkan arbetstid ("strulfaktorer")	Trygghet, god arbetsmiljö, teamsamverkan (kommunal sjukvårdssamverkan och läkare i teamet)	God spridning (fler än 14 regioner)
	Mobila hemsjukvårdsläkare	↓ 10-65% vårdkonsumtion (slutenvård)	Trygghet, minskad stress	God spridning (fler än 16 regioner)
	Specifika mobila team	↓ 20-65% antal vårdfall	Livskvalitet, bemötande, undvika onödig transport	God spridning
Vård i hemmet	Fokuserad vård i hemmet	↓ 60-90% behov av hemtjänst 20% behov av SÄBO	Kontinuitet, kvalitet, delaktighet, starkt samverkan kommun-region	Viss spridning
	Förstärkt hemsjukvård	↓ 40-50% undvikbara sjukhusbesök 60% vårdkonsumtion öppenvård	Kvalitet, starkt kompetens hemsjukvård, arbetsmiljö	Viss spridning
Målgruppsfokuserade mottagningar	Äldremottagningar	↓ 20% slutenvårdskontakter	Trygghet, kontinuitet	Viss spridning (fler än 10 regioner)
	Personcentrerade arbetsätt inom vårdmottagningar	↓ 60% slutenvårdskontakter samt 50% vårdkontakter öppenvård	Trygghet, kompetens inom hemsjukvården, arbetsmiljö i kommunen, direktsamverkan	God spridning (fler än 14 regioner och ca 60% av kommunerna)
Egenvård med hälsocoaching	Egenmonitorering, stöd till egenvård	↓ 20-30% övriga vårdkontakter/ akutbesök	Trygghet, egenkontroll	God spridning (fler än 14 regioner)
Proaktivt betevidentifiering/styrning personcentrerad screening	Proaktivt betevidentifiering/ personcentrerad screening, vårdlots/Case manager	↓ 20-30% återinläggning 20% sjukhusdagar 30% oro och stress hos föräldrar 20% fallskador	Trygghet, delaktighet, livskvalitet	Variert (16 regioner och ca 30% av kommunerna - iofunktion, låg spridning andra arbetssätt)
Personcentrerad samverkan	Personcentrerad samverkan	↓ 5-10% minskat remissflöde, omhändertagna barn halverats under en 4-årsperiod	Gemensamt språk och verktyg	God spridning (fler än 14 regioner och ca 70% av kommunerna samverkar kring målgrupper)

• [Potentialerna i Nära vård 250326.pdf](#)

- Tex Närsjukvårdsteamet VGR
- Hembesök med kort varsel? Hur löser vi detta här?
- Tex Mobil röntgen. Vad händer här i Södra Älvsborg?
- Tex Trygg hemgångsteam. Hur har vi det här?
- Tex Borgholmsmodellen. Samordnad. Proaktiv. Hur?
- På gång i VGR. I samarbete med kommunerna? Karlstadmodellen.
- Tex Svalövsmodellen, Alaskamodellen. Samlokalisering med kommunen?
- Egenmonitorering. Tex KOL, hjärtsvikt. Vad gör vi här?
- Utvidgad hälsobedömning. PASTEL. Östergötland. Fallprevention, proaktivt hälsostyrning, Gävleborg. Förebyggande team en del av i detta framöver.
- Etablering av långsiktig samverkan = framgångsfaktor. Ökad samverkan mellan primärvård och specialistvård. Tex Jönköping. På G här.

Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre

Ta ansvar för ert steg. Ge feedback till steget före och underlätta för steget efter.

"Öppet sinne förväntas"

Tre steg:



- Vad kan ni göra för att förebygga i lugnt skede när jag är hemma.
- Hur kan vi samverka bättre när behov finns av oplanerade hembesök dagtid. Hur löses ni kväll, helg och natt när målet är att vara hemma. Hur verkställer ni och utökar insatser utanför kontorstid?
- Hur involveras specialistvården med målet att vara kvar hemma.

Konklusion

Inriktning – [socialtjänsten](#) och [primärvård](#) som nav

Från 3 – 5 förbättringsområden till HUR på workshop

24/7 – socialtjänsten mer förebyggande, jämställd och lättillgänglig än idag: att sänka trösklarna, nå invånare tidigt

Bilagor – sammanställt via AI-stöd

Följande bilagor är sammanställningar via AI-stöd, där flertal nationella beslutsunderlag ligger till grund för hur de lokala utfallen linjerar med dessa. Sammanställningarna är ej ändrade av processledarna. Processledarna anser att innehållet är av värde som del i vägledning för kommande beslut och gemensam riktning och i linje med uppdraget. Processledarna har inte modifierat eller tagit ställning till de mätetal med mera som anges i följande material.

Bilaga 5 - Lokala slutsatser – hur de linjerar med SKR:s evidens Potentialerna för Nära vård

Nedan beskrivs en samlad **diskussion som knyter ihop beslutsunderlag/rapport ovan med SKR:s rapport Potentialerna i Nära vård** – med fokus på vad som stärker ert genomförande 2025–2026 och vilka avvägningar styrgruppen kan behöva ta. Processledarna har inte modifierat eller tagit ställning till de mätetal med mera som anges i följande material.

Primärvården som nav, personcentrering och helhetsperspektiv

- I ert beslutsunderlag är primärvården navet, med tre prioriterade fokus: förändrade arbetssätt, tillgänglighet dygnet runt, och kommunikation/kultur. Första målgruppen är sköra äldre (CFS 5–6), med siktet inställt på gemensamma arbetssätt och eventuella hybridteam lokalt.
- I SKR:s *Potentialerna i Nära vård* systematiseras arbetssätten i sex kategorier – *mobila arbetssätt, vård i hemmet, målgruppsfokuserade mottagningar, egenvård med hälsocoaching, proaktiv behovsidentifiering/personcentrerad screening, personcentrerad samverkan* – och man visar att omställningens största utväxling kommer när flera av dessa kombineras och leds som ett sammanhållet tjänstekoncept snarare än som separata spår. [\[extra.skr.se\]](https://extra.skr.se)

Tolkning för styrgruppen: Era tre fokusområden är väl valda – de skär tvärs igenom SKR:s sex kategorier och kan fungera som ”systemledningsspår” för att sy ihop dem lokalt. Nyckeln blir att bunta ihop åtgärder (till exempel mobil läkarkapacitet + äldre-mottagning + proaktiv screening + SIP-rutiner + gemensam daglig avstämning) och styra på effekt i ett och samma flöde.

Mobila arbetssätt och tillgänglighet dygnet runt

- Ert underlag pekar på PALT/MALT-kapacitet, behov av läkare kväll/helg/natt och modeller A, B, C för mobil vård (prioriterad modell A med primärvårdsläkare). Målet är färre onödiga inläggningar och bättre stöd i hemmet.
- SKR-rapporten visar att mobila sjukhuskopplade team typiskt minskar vårddagar i slutenvård med ~25–70 %, minskar akutbesök/ambulans/transporter med ~15–50 %, och frigör 20–50 % av kommunala sjuksköterskors ”strulfaktorer” – samtidigt som trygghet och arbetsmiljö förbättras. Mobila hemsjukvårdsläkare kan minska slutenvårdskonsumtion med ~10–65 %, avlasta vårdcentralernas hembesök (~20 %)

och ge bättre kontinuitet. Spridningen är god i landet; VGR lyfts som nationell förebild för breddinförande av närsjukvårdsteam. [\[extra.skr.se\]](#)

Tolkning för Södra Älvsborg: Er prioritering av jour/dygnskapabel läkarresurs och mobila team ligger helt i linje med det som visat störst effekt nationellt. Att explicit konnekta MALT↔PALT och dimensionera en kväll/helg/natt-lösning bör ge er snabb payoff i avvärjda inläggningar och bättre arbetsmiljö.

Trygg hemgång, SIP och medicinska vårdplaner

- Ert underlag efterfrågar tydliga medicinska vårdplaner från specialistvård, korrekta läkemedelslistor/PUD-datum, telefonuppföljning och att SIP/SAMSA används mer konsekvent.
- SKR-rapporten grupperar detta i "personcentrerad samverkan", "proaktiv behovsidentifiering" och "vård i hemmet". Slutsatsen: effekten uppstår när övergångar är förberedda (proaktiv plan inkl. läkemedel), samordnas i SIP och backas upp av tillgänglig läkare och mobil kompetens i hemmet. [\[extra.skr.se\]](#)

Tolkning för styrgruppen: Gör "Trygg hemgång" till ett paket: checklista (inkl. läkemedel/PUD), automatisk SIP-tröskel vid definierade kriterier, teleuppföljning inom 48–72 h, och "varm överlämning" till PALT/Äldremottagning. Styr på andelen utskrivningar med komplett plan och andelen med teleuppföljning.

Förebyggande arbetssätt, äldre-mottagningar och proaktiv screening

- I er rapport lyfts förebyggande team, årskontroller, CFS-bedömning, fallprevention, social isolering, och äldremottagningar/"äldre-telefon" – plus tandvård i SIP.
- SKR-rapporten visar att målgruppsfokuserade mottagningar (t.ex. äldremottagningar) och proaktiv screening är en av de sex huvudkategorierna och att när dessa kopplas ihop med mobila arbetssätt och vård i hemmet ökar effekten (både kvalitet och resurseffektivitet). I den nationella genomgången pekar SKR/Governo dessutom på mycket stora samlade effektiviseringspotentialer när kategorier kombineras och sprids hållbart. [\[extra.skr.se\]](#), [\[governo.se\]](#)

Tolkning för styrgruppen: Skala upp äldremottagning + proaktiv screening (CFS/fall/läkemedel/socialt) som "första linjen" in mot PALT/MALT och Trygg hemgång. Sätt enkla kontaktvägar ("äldre-telefon"/direktnummer) som lokal standard och följ upp nyttjandet.

Styrning, kultur och kommunikation

- Ert underlag pushar för tillitsbaserad effektstyrning (i stället för ren produktionsstyrning), långsiktiga tidshorisonter (5–10 år) och kulturförändring bort från "vi-och-dom".

- SKR betonar samma sak: styrning och systemledning måste stödja sammanhållna arbetssätt (inte stuprör), och att det är detta – snarare än brist på kunskap – som ofta bromsar takten i omställningen. [\[extra.skr.se\]](#), [\[governo.se\]](#)

Tolkning för Södra Älvsborg: Låt era tre fokusområden bli styrsignaler: (1) *förändrade arbetssätt* = kombinerade paket som mäts på effektmått; (2) *tillgänglighet 24/7* = explicit chefsupdrag att säkra läkarflöden; (3) *kommunikation* = brett, återkommande och nära golvet.

Risker & motdrag

- Läkarförsörjning/arbetsmiljö: Starta med tjänstgöringsblock och rotationsmodeller (PALT) + gemensam bakjour; följ upp jourbelastning veckovis första kvartalet. [\[extra.skr.se\]](#)
 - Digitalt utanförskap: Kombinera digitala kanaler med mänsklig "äldre-telefon"; utbildning för invånare och personal.
 - Fragmentering: Undvik fristående pilotöar; paketera alltid åtgärder i helheter (se Paket 1–2) och styr på effekt (Paket 3). [\[extra.skr.se\]](#)
-

Varför detta kan lyckas i Södra Älvsborg

- Ni har redan färdplan, aktivitetsplan och beslutade fokus; processledare från sjukhus, kommun och primärvård; och Närsjukvårdsteam som nationellt exempel. Det ger startkapital i både struktur och kultur. [\[extra.skr.se\]](#)
- SKR-rapporten visar att just kombinationen *mobila team + vård i hemmet + målgruppsmottagningar + proaktiv screening + personcentrerad samverkan* genererar både kvalitet och resurseffektivitet – vilket matchar era tre fokusspår när dessa används som systemledning snarare än enskilda projekt. [\[extra.skr.se\]](#)

Bilaga 6 - Lokala slutsatser – hur de linjerar med Omtag för Nära Vård

Här är en **sammanställd och strukturerad sammanfattning** av innehållet i *Rapport och beslutsunderlag – Nära vård, med särskilt Omtag för omställning enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* som tolkningsram. Processledarna har inte modifierat eller tagit ställning till de mätetal med mera som anges i följande material.

1. Utgångspunkt och styrande inriktning

Övergripande ansats

Processen för Nära vård i Södra Älvsborg utgår från:

- **Primärvården som nav**
- **Personcentrering**
- **Tillgänglighet dygnets alla timmar (24/7)**

Fokus är initialt **sköra äldre (CFS 5–6)**, med ambition att skala till fler målgrupper över tid.

Tre prioriterade fokusområden

1. Förändrade arbetssätt

- Gemensamma, samverkande arbetssätt över huvudmannagränser.
- Flytt från parallella spår till ett gemensamt, personcentrerat flöde.
- Tidig fångst av behov i vardagen – inte först i akuta lägen.

2. Tillgänglighet dygnets alla timmar

- Vård och omsorg ska fungera sammanhållet dag, kväll, helg och natt.
- Tydliga planer för vem som gör vad, när och hur vid försämring.
- Direkt tillgänglighet mellan professioner.

3. Kommunikation

- Omställningen måste nå **varje medarbetare**, inte bara ledning.
- Gemensam förståelse för vad Nära vård innebär i praktiken.

Omtagsperspektiv (Vård- och omsorgsanalys)

- Fokus flyttas från **struktur och beslut** till **faktiskt genomförande**.
 - Betoning på att **förändrade arbetssätt måste synas i vardagen**, annars uteblir effekten.
-

2. Systematisk uppföljning och Omtag för omställningen

Identifierade behov

- Nationella granskningar påvisar:
 - Bristande genomslag av politiska beslut i verksamheten.
 - Otydlig ansvarsfördelning och svag uppföljning.
- Behov av **färre, skarpare prioriteringar**.

Föreslaget omtag

- Identifiera **3–5 mest prioriterade "skav"** per geografiskt område.
- Arbeta gemensamt i lokala arbetsgrupper.
- Mäta **effekter**, inte bara aktivitet.

Omtagsperspektiv

Helt i linje med Vård- och omsorgsanalys:

- Färre satsningar – större genomslag.
 - Systematisk uppföljning kopplad till invånarnas faktiska nytta.
-

3. Workshopprocessen – bro mellan beslut och praktik

Syfte

Att minska glappet mellan:

- Nationella beslut → regional styrning → lokal praktik.

Gemensam metod

Alla workshops följer samma struktur:

1. Förebygga i lugnt skede i hemmet.
2. Hantera oplanerade behov dagtid, kväll, helg och natt – målet är hemma.
3. Involvera specialistvård för att undvika onödiga inläggningar.
4. Säkerställa verkställighet även utanför kontorstid.

Deltagande aktörer

- Primärvård (regional och kommunal)
- Socialtjänst och hemtjänst
- Specialistvård och ambulans
- Rehabilitering, hälsa, tandvård
- Brukarrepresentanter (där möjligt)

Omtagsperspektiv

- Stark betoning på **medskapande**, vilket Vård- och omsorgsanalys lyfter som avgörande för verklig omställning.
 - Fokus på **ansvarsövergångar** snarare än organisationsgränser.
-

4. Komprimerad samlad rapport – huvudområden

4.1 Invånarperspektiv och tillgänglighet

- Behov av **enkel väg in**.
- Namngiven kontaktperson (ex. äldre-sjuksköterska).
- Trygg hemgång med:
 - Vårdplan
 - Hjälpmedel
 - Uppföljning
- Tillgänglighet via flera kanaler – telefon, digitalt och fysiskt.

Omtag:

Invånaren upplever idag systemet som fragmenterat → behov av sammanhängande ansvar.

4.2 Förebyggande arbete

- **Förebyggande team** med biståndshandläggare, sjuksköterska och rehab.
- Årskontroller och screening (fallrisk, skörhet, social isolering, munhälsa).
- Uppsökande hembesök.
- Civilsamhälle och mötesplatser som en del av lösningen.

Omtag:

Tidiga insatser ger störst effekt men är idag underutnyttjade, vilket bekräftar Vård- och omsorgsanalys slutsatser.

4.3 Samverkan och kommunikation

- Dagliga korta avstämningar föreslås.
- SIP behöver användas mer systematiskt.
- Tydliga kontaktvägar och direktnummer mellan yrkesgrupper.
- Bättre användning av SAMSA.

Omtag:

Samverkan kräver både **struktur och kulturförändring** – inte bara nya rutiner.

4.4 Specialiststöd till den primära vården

- Behov av snabb tillgång till specialistkompetens nära patienten.
- Tydlig roll för MALT och PALT.
- Digital snabbkonsultation som stöd.
- Tydliga medicinska vårdplaner vid övergångar.

Omtag:

Primärvården kan inte vara nav utan reellt specialiststöd – detta är ett av Vård- och omsorgsanalys kärnbudskap.

5. Samlad slutsats

Vad som behöver göras annorlunda (Omtag)

- Gå från **projekt** → **sammanhållna flöden**.
- Gå från **beslut** → **vardagspraktik**.
- Gå från **volym** → **effekt för invånaren**.

Gemensam riktning

- Primärvården som nav.
- Tidiga och förebyggande insatser.
- Tillgänglighet dygnets alla timmar.
- Tydliga övergångar och ansvar.
- Systematisk uppföljning av det som görs.

Bilaga 7 - Lokala slutsatser – hur de linjerar med Nästa steg för en god och nära vård

Bakgrund och rättslig ram

Proposition 2025/26:19 föreslår ändringar i tandvårdslagen, patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen för att tydliggöra primärvårdens uppdrag och stärka medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård. Förslagen innebär bl.a.:

- Krav på samverkan region–kommun.
- Primärvården ska tillgodose fysiska och psykiska behov.
- Krav på MAR-funktion i kommunerna.
- Dygnet-runt möjlighet till medicinsk bedömning av läkare och sjuksköterska i kommunal HSL.
- Stärkt patientinformation om fast vårdkontakt och fast läkarkontakt.
- Begreppsskifte: "hemsjukvård" → "hälso- och sjukvård i hemmet".

Ikraftträdande: 1 juli 2026.

Processledarna har inte modifierat eller tagit ställning till de mätetal med mera som anges i följande material.

Lokal utgångspunkt

Underlaget från styrgruppsrapporten lyfter tre fokusområden: förändrade arbetsätt, tillgänglighet dygnet runt och kommunikation/kultur. Prioriterad målgrupp är sköra äldre (CFS 5–6). Centrala behov: Trygg hemgång, årskontroller 75+, SIP och SAMSA, mobila team (PALT/MALT), jourfunktioner, digital läkarkonsultation, tydliga medicinska vårdplaner och gemensamma kontaktvägar.

Bedömning

Propositionens krav linjerar med lokala behov. Kritiska punkter: 24/7 medicinsk tillgänglighet, MAR-funktion, standardiserad Trygg hemgång och proaktiva arbetsätt. Åtgärder bör paketeras i sammanhållna flöden för att undvika fragmentering.

Förslag till beslut

1. Fastställ tre genomförandepaket:

a) Sköra äldre (CFS 5–6) – "Hemma först": Äldre-mottagning/äldre-telefon, proaktiv screening, SIP som standard, dagliga avstämningar, Trygg hemgång-checklista inkl. PUD/läkemedel, teleuppföljning inom 72 h.

b) 24/7-tillgänglighet – "Mobila kedjan": Dimensionera PALT dag/kväll, samordna med MALT kväll/natt/helg, digital snabbkonsult för kommunal SSK, direktnummer legitimerad–till–legitimerad.

c) Effekttstyrning: Gemensam indikatorvy, månatlig PDCA-uppföljning.

2. Inrätta MAR-funktion senast 2026-04-30 och uppdatera delegationsordningar.

3. Säkerställ dygnet-runt medicinsk bedömning i hemmet från 1 juli 2026 via PALT/MALT

och jourflöden.

4. Standardisera Trygg hemgång: SIP-trigger, PUD/läkemedel, teleuppföljning 72 h, varm överlämning via SAMSA.

5. Ge mandat att etablera "En väg in" (äldre-telefon) och pilotera äldrecentral i Borås 2026.

6. Utbilda i personcentrering, SIP, CFS och SAMSA under Q2 2026.

Nyckeltal för uppföljning

- ≥70 % CFS 5–6 med giltig SIP och årskontroll inkl. fall-/läkemedelsscreening.
- Tid till läkarbedömning i hemmet: median <24 h dagtid och <8 h kväll/helg/natt.
- ≥90 % utskrivningar 75+ med komplett medicinsk vårdplan inkl. PUD och teleuppföljning inom 72 h.
- –20–30 % akuta slutenvårdsdagar 75+ i pilotkommuner; +20–40 % frigjord SSK-tid.

Ekonomisk översikt

Kostnader: jourtäckning läkare/SSK, MAR-funktion, utbildning, "En väg in" och sambandsfunktion. Finansiering: omställningsmedel, omprioritering, samt besparingar från färre slutenvårdsdagar och frigjord tid. Detaljerad kalkyl tas fram per kommun/VC i Q1 2026.

Risker och motåtgärder

- Läkarförsörjning/arbetsmiljö → rotationsmodeller, gemensam bakjour, tät uppföljning av jourbelastning.
- Digitalt utanförskap → kombinera digitala kanaler med mänsklig äldre-telefon och IT-stöd.
- Fragmentering/pilotöar → genomförandepaket som helheter och gemensam indikatorvy.

Hänvisningar

- Prop. 2025/26:19 – [Nästa steg för en god och nära vård](#) (Regeringen.se/Riksdagen.se).
- Beslutsunderlag Nära vård och rapport inför styrgrupp 2025-12-12.
- SKR – Trygg hemgång (metodstöd).
- Vårdssamverkan VGR – SIP och SAMSA; Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Bilaga 8 - Lokala slutsatser – hur de linjerar mot Plats för vård

Syfte och utgångspunkt

Detta besluts-PM sammanfattar och omsätter slutsatserna i *Beslutsunderlag Nära vård och rapport inför workshop styrgrupp 251212* till konkreta beslut och genomförande för Södra Älvsborg, kalibrerat mot Socialstyrelsens nationella plan "Plats för vård" (2024-06-03) om att både öka antalet disponibla vårdplatser och minska behovet av slutenvårdsplatser genom förändrade arbetssätt. [\[socialstyrelsen.se\]](https://socialstyrelsen.se)

Processledarna har inte modifierat eller tagit ställning till de mätetal med mera som anges i följande material.

Sammanfattning av huvudfynd

Workshops hösten 2025 pekar på fem huvudområden för sköra äldre (CFS 5–6):

1. **Invånarperspektiv & tillgänglighet:** samtycke, kontinuitet (namngiven ssk), trygg hemgång, enkel väg in.
2. **Förebyggande arbetssätt:** förebyggande team, årskontroller (inkl. CFS/fall/social isolering/tandstatus), uppsökande hembesök.
3. **Samverkan:** dagliga avstämningar, SIP som standard, gemensamma kontaktvägar ("äldre-telefon", direktnummer legitimerad-till-legitimerad), bättre användning av SAMSA.
4. **Specialiststöd nära patienten:** mobil läkarkapacitet (PALT↔MALT), jourfunktioner kväll/helg/natt, digital läkarkonsultation.
5. **Medicinska vårdplaner:** kompletta planer vid utskrivning inkl. läkemedelslista och PUD-datum.

Socialstyrelsens plan **bekräftar** att både **kapacitetsökning** och **behovsminskning** behövs: totalt saknas ~2 230 vårdplatser (2024), samtidigt finns potential att **minska behovet** med omställning och ändrade arbetssätt. Regeringens inriktning är högre vårdkapacitet samt uppföljning genom nationella uppdrag. [\[socialstyrelsen.se\]](https://socialstyrelsen.se), [\[socialstyrelsen.se\]](https://socialstyrelsen.se), [\[regeringen.se\]](https://regeringen.se)

Bedömning: Linjering mot den nationella planen

Lokala huvudområden (s. 11–18)	Nationell plan – bärande spår	Bedömning
Trygg hemgång + SIP + kompletta vårdplaner	Planens fokus på övergångar & patientsäkerhet ; vårdplaner, läkemedel, PUD; minskade överbeläggningar/utlokaliseringar	Direkt linje: stärker flöden, minskar återinläggningar och beläggningstryck. [socialstyrelsen.se] , [vardanalys.se]
Dagliga avstämningar & gemensamma kontaktvägar	Behovsbaserad styrning av vårdplatskapacitet och ledning; gemensamma nyckeltal	Möjliggör snabb omställning vid toppar, ger underlag för riktvärden/beläggning g. [socialstyrelsen.se] , [socialstyrelsen.se]
Mobil läkarkapacitet (PALT↔MALT), jour kväll/helg/natt	Omställning till nära vård som minskar behovet av slutenvård; kompetensförsörjning för fler öppna platser	Ger tidigare bedömning i hemmet → färre akutinläggningar, frigör sjukhusplatser. [socialstyrelsen.se] , [lakartidningen.se]
Förebyggande team & proaktiva årskontroller	Insatsområde: förändrade arbetssätt som minskar behovet av plats	Minskar inflöde till slutenvård, särskilt för 75+. [socialstyrelsen.se]
Digital snabbkonsult & enkel väg in	Tillgänglighet & produktivitetstöd , nationella initiativ (vårdförmedling)	Stöder kapacitetsutnyttjande och avlastar akutsystemet. [socialstyrelsen.se] , [ehalsomyndigheten.se]

Mål och nyckeltal (12 månader)

- **Tillgänglighet & mobil vård:**
 - **≥80 %** av akuta hembesök dagtid handlagda av **PALT** inom **24 h**; **≥60 %** kvällar/helger via **MALT/PALT**.
 - **Proaktivitet:**
 - **≥70 %** av **CFS 5–6** med **giltig SIP** och **årskontroll** (fall/läkemedel/social/tand).
 - **Trygg hemgång & övergångar:**
 - **≥90 %** av utskrivningar för **75+** med **komplett medicinsk vårdplan inkl. PUD**, **≥85 %** teleuppföljda inom **72 h**.
 - **Effekter på vårdplatser:**
 - **–20–30 %** akuta slutenvårdsdagar **75+** från baseline i pilotkommuner;
–överbeläggningar/utlokaliseringar i linje med nationell planens riktning.
[\[socialstyrelsen.se\]](https://socialstyrelsen.se), [\[vardanalys.se\]](https://vardanalys.se)
-

Ekonomiska och kapacitetsmässiga konsekvenser

- Kortsiktigt: Bemannings- och jourkostnader för PALT/MALT; tid för utbildning och dagliga avstämningar; enklare IT-stöd för snabbkonsult/"äldre-telefon". [\[socialstyrelsen.se\]](https://socialstyrelsen.se)
 - Medellång sikt: Minskade överbeläggningar/utlokaliseringar, färre återinläggningar, färre akutbesök; bättre arbetsmiljö och retention av ssk/läkare—förutsättning för att öppna fler disponibla vårdplatser där bristen är som störst (VGR är bland de regioner med störst brist enligt nationella jämförelser). [\[lakartidningen.se\]](https://lakartidningen.se)
-

Risker & motdrag

- Läkare-/ssk-försörjning: Rotationsmodeller, gemensam bakjour; veckovis uppföljning av jourbelastning för att undvika utmattning. [\[socialstyrelsen.se\]](https://socialstyrelsen.se)
 - Digitalt utanförskap: Kombinera digitalt med mänsklig "äldre-telefon" och uppsökande hembesök.
 - Fragmentering: Paketera alltid åtgärder i helheter (Hemma först + Mobila kedjan + Effektstyrning); undvik isolerade pilotöar.
-

Bilaga – koppling till den nationella planen (kort referens)

- Socialstyrelsen bedömer att Sverige behöver ~2 230 ytterligare vårdplatser (2024) och att behovet kan minska genom förändrade arbetssätt och omställning till nära vård; regeringen

driver uppdrag för högre vårdkapacitet och uppföljning. Satsningen omfattar plan, nyckeltal och prestationsbaserade medel. [\[socialstyrelsen.se\]](#), [\[socialstyrelsen.se\]](#), [\[regeringen.se\]](#), [\[vardanalys.se\]](#)

Bilaga 9 - Lokala slutsatser – hur de linjerar mot nya Socialtjänstlagen (SFS 2025:400)

Ärende och sammanfattning

Detta besluts-PM prövar huvudslutsatserna i ert underlag (invånarperspektiv och tillgänglighet, förebyggande arbetssätt, samverkan, specialiststöd/mobila team och medicinska vårdplaner) mot **nya Socialtjänstlagen (2025:400)** och föreslår konkreta beslut för genomförande inom socialtjänstens ansvarsområde. Slutsatsen är att era prioriteringar ligger **tätt i linje** med lagens kärna: **förebyggande, lätt tillgänglig** och **kunskapsbaserad** socialtjänst, med utökade möjligheter till **insatser utan individuell behovsprövning** och skärpta krav på **planering, samverkan och uppföljning**. [\[riksdagen.se\]](https://riksdagen.se), [\[regeringen.se\]](https://regeringen.se), [\[extra.skr.se\]](https://extra.skr.se)

Processledarna har inte modifierat eller tagit ställning till de mätetal med mera som anges i följande material.

Bakgrund – huvudpunkter

- Invånarperspektiv & tillgänglighet: behov av enkel väg in (ex. "äldre-telefon"), namngiven kontakt/kontinuitet och Trygg hemgång med tydliga vårdplaner.
- Förebyggande arbetssätt: lokala förebyggande team, årskontroller/skörhetsskattning, fallprevention, arbete mot social isolering samt förstärkt anhörigstöd och tandvårds-koppling.
- Samverkan: dagliga avstämningar, tydliga kontaktvägar och systematisk användning av SIP/SAMSA; kulturförändring bort från "vi-och-dom".
- Specialiststöd nära individen: mobila team/jourfunktioner och digital snabbkonsultation; medicinska vårdplaner vid övergångar.

Rättslig ram – vad kräver nya Socialtjänstlagen?

- Förebyggande & lätt tillgänglig socialtjänst: De övergripande målen skärps – socialtjänsten ska arbeta förebyggande och vara lätt tillgänglig (Avd I, 2 kap). [\[riksdagen.se\]](https://riksdagen.se), [\[svenskorfor...samling.se\]](https://svenskorfor...samling.se)
- Planeringsansvar & samverkan: Kommunens ansvar för övergripande planering av insatser utvidgas till hela verksamhetsområdet; förstärkt skyldighet till samverkan (Avd II, 6–7 kap). [\[riksdagen.se\]](https://riksdagen.se)
- Insatser utan individuell behovsprövning (luB): Socialnämnden får erbjuda vissa tidiga/förebyggande insatser utan föregående behovsprövning (Avd IV, 13 kap; enligt prop. 2024/25:89 och Socialstyrelsens meddelandeblad). [\[riksdagen.se\]](https://riksdagen.se), [\[regeringen.se\]](https://regeringen.se), [\[socialstyrelsen.se\]](https://socialstyrelsen.se)
- Kunskapsbaserad verksamhet & uppföljning: Verksamheten ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och följas upp systematiskt (Avd I, 5 kap m.fl.). [\[riksdagen.se\]](https://riksdagen.se), [\[extra.skr.se\]](https://extra.skr.se)
- Brottsförebyggande uppdrag: Socialnämndens ansvar att förebygga och motverka brottslighet förtydligas (prop. 2024/25:89; beslutad lag 20 maj 2025). [\[regeringen.se\]](https://regeringen.se), [\[extra.skr.se\]](https://extra.skr.se)

- Ikraftträdande och struktur: Lagen trädde i kraft 1 juli 2025; ny struktur i nio avdelningar (SFS 2025:400; SKR:s vägledning). riksdagen.se, extra.skr.se

Tolkning: Era workshop-fynd (enkel väg in, förebyggande team, dagliga avstämningar, anhörigstöd, digital tillgänglighet) är direkt genomförbara inom SoL 2025, särskilt via luB och det breddade planerings-/samverkansansvaret. riksdagen.se

Bedömning – överensstämmelse och gap

Överensstämmelse

- ”En väg in”, äldre-telefon och lättillgängliga kontaktvägar → möter lagkravet på tillgänglighet och möjliggör luB (t.ex. rådgivning, vägledning, gruppstöd). riksdagen.se, socialstyrelsen.se
- Förebyggande team, årskontroller och sociala insatser (ensamhet, fallrisk) → ligger i kärnan av förebyggande SoL och kan delvis ges som luB. riksdagen.se, socialstyrelsen.se
- Dagliga avstämningar och SIP-rutiner → stödjer planerings-/samverkanskapiteln och systematik i uppföljning. riksdagen.se

Identifierade gap att täppa till

- Formalisering av luB: lokala riktlinjer, delegationsordning och dokumentation för insatser utan behovsprövning saknas idag (krävs för rättssäker tillämpning). socialstyrelsen.se
 - Övergripande planeringsdokument: en samlad SoL-plan som täcker hela verksamhetsområdet behövs (utöver hälso- och sjukvårdsnära dokument). riksdagen.se
 - Uppföljning och kunskapskrav: definiera indikatorer och dataflöden för systematisk uppföljning av SoL-insatser (inte enbart hälso- och sjukvårdsutfall). riksdagen.se, extra.skr.se
 - Anhörigstöd: förstärka erbjudanden och nåbarhet i ljuset av kommande proposition om stärkta insatser för äldre/anhöriga (ändringar i SoL 2025:400 föreslagna fr.o.m. 1 juli 2026). regeringen.se
-

Uppföljning – föreslagna SoL-indikatorer (12 mån)

- Tillgänglighet:
 - *Andel inkommande ärenden via Äldre-linjen som får första kontakt ≤ 1 arbetsdag; mediantid till rådgivande SoL-insats/luB.* socialstyrelsen.se
- Förebyggande/luB:
 - *Antal/andel individer som tar del av luB-stöd (rådgivning, gruppstöd, socialt stöd, digitalt stöd); andel uppföljda efter 30–60 dagar.* socialstyrelsen.se
- Anhörigstöd:
 - *Antal/andel anhöriga som nås med tidig information/stöd; nöjdhet och upplevd trygghet.* regeringen.se
- Planering & samverkan:
 - *Andel SoL-ärenden där socialtjänsten medverkat i*

utskrivnings-/övergångsplanering inom 72 h; *andel dagliga avstämningar genomförda enl. rutin.* [\[riksdagen.se\]](https://riksdagen.se)

- Kunskapsbaserat arbetssätt:
 - *Andel insatser* som följer fastställd metod/rekommendation; *andel uppföljda insatser* med resultatmätt. [\[riksdagen.se\]](https://riksdagen.se), [\[socialstyrelsen.se\]](https://socialstyrelsen.se)

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser (sammanfattning)

- Kostnader: bemanning för Äldre-linjen, uppstart av luB-utbud, stärkt anhörigstöd, uppföljningssystemik. [\[socialstyrelsen.se\]](https://socialstyrelsen.se)
- Finansiering: omställningsmedel/överenskommelser stat–SKR 2025–2026, omprioritering, effektiviseringsvinster från tidigare och enklare insatser (lägre behov av tyngre insatser). [\[regeringen.se\]](https://regeringen.se)
- Organisation: tydliggör delegation för luB-beslut och etablera en SoL-programstyrning för uppföljning och metodstöd. [\[riksdagen.se\]](https://riksdagen.se)

Risker och motdrag

- Efterfrågetopp vid lansering av Äldre-linjen → fasa in i två steg och förstärka med tidsbegränsade resurser. [\[socialstyrelsen.se\]](https://socialstyrelsen.se)
- Otydlighet kring luB-gränser → lokala riktlinjer, utbildning och kvalitetsgranskning/egenkontroll. [\[socialstyrelsen.se\]](https://socialstyrelsen.se)
- Bristande uppföljning → minimikrav på dokumentation/indikatorrapport per månad. [\[riksdagen.se\]](https://riksdagen.se)

Bilaga A – Spårbarhet: → SoL 2025

- "En väg in"/Äldre-telefon, direktnummer → SoL mål om lätt tillgänglig socialtjänst; kan bära luB (rådgivning/stöd) som snabbinsats. [\[riksdagen.se\]](https://riksdagen.se), [\[socialstyrelsen.se\]](https://socialstyrelsen.se)
- Förebyggande team, årskontroller, fall/social isolering, tandvårdskoppling → SoL förebyggande inriktning; planeringsansvar att väga in tidiga insatser; luB för grupp/öppna stöd. [\[riksdagen.se\]](https://riksdagen.se), [\[regeringen.se\]](https://regeringen.se)
- Dagliga avstämningar, SIP/SAMSA-disciplin → SoL planering & samverkan (Avd II) och krav på systematik/uppföljning. [\[riksdagen.se\]](https://riksdagen.se)
- Anhörigstöd → förstärks både i SoL 2025:s mål/insatser och enligt prop. 2025/26:60 (implementeras 1 juli 2026). [\[riksdagen.se\]](https://riksdagen.se), [\[regeringen.se\]](https://regeringen.se)
- Digital snabbkonsultation och kulturförändring → stödjer lagens krav på tillgänglighet och kunskapsbaserad utveckling och uppföljning. [\[riksdagen.se\]](https://riksdagen.se)

Indikatorer för uppföljning

Tillgänglighet

- Andel inkommande ärenden via "En väg in" (äldre-telefon/chatt) som får första kontakt inom 1 arbetsdag.
- Mediantid från första kontakt till start av insats (luB eller behovsprövad).
- Antal/andel digitala snabbkonsultationer genomförda per månad.

Förebyggande insatser

- **Antal personer 75+** som fått årskontroll inkl. CFS/fallrisk/social isolering/tandstatus.
 - **Andel förebyggande insatser utan behovsprövning (luB)** som följs upp inom 30 dagar.
 - **Antal gruppaktiviteter** (fallprevention, socialt stöd) och deltagare per kvartal.
-

Anhörigstöd

- **Antal anhöriga** som nås med tidig information/stöd efter utskrivning eller kris.
 - **Nöjdhet och upplevd trygghet** (enkät, t.ex. 0–10 skala).
-

Samverkan och övergångar

- **Andel utskrivningar 75+** där socialtjänsten medverkat i **Trygg hemgång** och SIP inom 72 h.
 - **Antal dagliga avstämningar** genomförda enligt rutin.
 - **Andel SIP** som är uppdaterade och uppföljda inom 90 dagar.
-

Kunskapsbaserat arbetssätt

- Andel insatser som följer fastställd metod/rekommendation.
 - Andel uppföljda insatser med dokumenterat resultatmått (t.ex. minskad ensamhet, förbättrad ADL).
-

Effektmått

- Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar (för målgruppen sköra äldre).
- Besök på akutmottagning bland personer 80+ per 1000 invånare.
- Upplevd trygghet (enkät) efter hemgång och efter förebyggande insats.

Bilaga 10 - Lokala slutsatser – hur de linjerar mot kärninnehåll i Hälsö- och sjukvårdsavtalet

Centrala delar i Hälsö- och sjukvårdsavtalet för Västra Götaland som är relevanta att koppla till besluts-PM ovan:

- Syfte: Reglera hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna. Fokus på individens behov som gemensam utgångspunkt, inte gränsdragningar. [\[vardsamverkan.se\]](http://vardsamverkan.se)
- Värdegrund: Partnerskap, gränsöverskridande team, hälsofrämjande och förebyggande arbete, likvärdiga parter, delaktighet inför beslut. [\[vardsamverkan.se\]](http://vardsamverkan.se)
- Lagreglerade överenskommelser:
 1. Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutna vård
 2. Regionens läkaransvar i kommunal primärvård
 3. Samverkan kring psykisk funktionsnedsättning och beroende
 4. Samverkan om munhälsa (uppsökande och nödvändig tandvård) [\[vardsamverkan.se\]](http://vardsamverkan.se)
- Framåtsyftande mål: Avtalet ska ta höjd för intentionerna i Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård och stödja omställningen. [\[vardsamverkan.se\]](http://vardsamverkan.se)

Processledarna har inte modifierat eller tagit ställning till de mätetal med mera som anges i följande material.

Resonemang för koppling till besluts-PM

1. Förändrade arbetssätt och SIP
Avtalet betonar personcentrerat förhållningssätt och Samordnad Individuell Plan (SIP) som gemensam struktur. Detta stärker ert fokus på Trygg hemgång, SIP som standard och dagliga avstämningar.
→ Länk: [Hälsö- och sjukvårdsavtalet – Vårdsamverkan \[vardsamverkan.se\]](http://vardsamverkan.se)
 2. Tillgänglighet dygnet runt och läkaransvar
Överenskommelsen om Regionens läkaransvar i kommunal primärvård är direkt kopplad till ert Paket 2 (PALT/MALT och jourfunktioner).
→ Länk: [Överenskommelse om läkaransvar \[vardsamverkan.se\]](http://vardsamverkan.se)
 3. Förebyggande arbete och munhälsa
Avtalets överenskommelse om munhälsa stödjer ert fokus på att integrera tandvård i förebyggande team och SIP.
→ Länk: [Överenskommelse om munhälsa \[vardsamverkan.se\]](http://vardsamverkan.se)
 4. Kultur och styrning
Avtalet lyfter partnerskap och likvärdighet som grundprinciper, vilket harmonierar med ert behov av kulturförändring och tillitsbaserad styrning.
→ Länk: [Hälsö- och sjukvårdsavtalet – VästKom \[vastkom.se\]](http://vastkom.se)
-

Bilaga 11 - Sammanfattning och förslag baserat på AI-hanterade rapporter och dokument

Sammanställning av dokumentet Beslutsunderlag Nära Vård och rapport samt en tydlig struktur för vad som föreslås:

Övergripande syfte med avsnittet

- Koppla lokala slutsatser från workshops till:
 - SKR:s evidens och Potentialerna i Nära vård.
 - Proposition 2025/26:19 – Nästa steg för en god och nära vård.
 - Socialstyrelsens nationella plan för vårdplatser.
- Formulera paketerade genomförandeförslag med mål, nyckeltal, riskhantering och milstolpar.
- Förbereda besluts-PM för styrgruppen och politiskt samråd.

Innehållsblock och huvudpunkter

Block A: Lokala slutsatser vs SKR:s evidens

- Primärvården som nav: Tre fokuspar – förändrade arbetssätt, tillgänglighet 24/7, kommunikation/kultur.
- Mobila arbetssätt och jourfunktioner: PALT/MALT, läkare kväll/helg/natt, modeller A–C.
- Trygg hemgång och SIP: Kompletta medicinska vårdplaner, korrekta läkemedelslistor, teleuppföljning.
- Förebyggande arbetssätt: Äldremottagningar, screening (CFS, fallrisk, social isolering, läkemedel, tandstatus).
- Styrning och kultur: Effektstyrning (PDCA), tillitsbaserad ledning, bryta "vi och dom".

Tolkning för styrgruppen:

→ Paketera åtgärder i sammanhållna flöden, styr på effektmått, kombinera mobila team + förebyggande + SIP.

Block B: Rekommenderad paketering

- Paket 1 – Sköra äldre (CFS 5–6) "Hemma först":
 - Äldremottagning + proaktiv screening.
 - SIP som standard vid risktrösklar.
 - Dagliga avstämningar.
 - Trygg hemgång-checklista inkl. PUD/läkemedel.
 - Teleuppföljning inom 72 h.
- Paket 2 – 24/7-tillgänglighet "Mobila kedjan":
 - Dimensionera PALT dag/kväll + MALT kväll/natt/helg.
 - Gemensam dispatch och kontaktvägar (direktnummer, äldre-telefon, digital snabbkonsult).
- **Paket 3 – Effektstyrning och lärandeloop:**

- 3–5 prioriterade ”skav” per kommun.
- Gemensam indikatorvy (andel SIP, trygg hemgång, återinläggningar, hembesök med läkare, upplevd trygghet).
- PDCA-uppföljning månad för månad.

Block C: Styrgruppens avgöranden och mål

- Bekräfta tre fokusspår som systemledning.
- Mandat och bemanning för PALT/MALT.
- Standard för övergångar (Trygg hemgång).
- Kommunikationsinsatser och kulturförändring.
- Nyckeltal (12 mån):
 - ≥80 % akuta hembesök dagtid via PALT inom 24 h.
 - ≥70 % CFS 5–6 med giltig SIP och årskontroll.
 - ≥90 % utskrivningar 75+ med komplett vårdplan inkl. PUD.
 - –20–30 % akuta slutenvårdsdagar 75+ i pilotkommuner.

Block D: Proposition 2025/26:19 och rättslig ram

- Lagändringar från 1 juli 2026:
 - Krav på samverkan region–kommun.
 - Dygnet-runt medicinsk bedömning i hemmet.
 - MAR-funktion i kommunerna.
 - Fast vårdkontakt och begreppsskifte till ”hälso- och sjukvård i hemmet”.
- Lokala behov linjerar med lagkraven.
- Förslag till beslut:
 - Fastställ tre genomförandepaket.
 - Inrätta MAR senast 2026-04-30.
 - Säkerställ 24/7 medicinsk tillgänglighet via PALT/MALT.
 - Standardisera Trygg hemgång.
 - Pilotera ”En väg in” (äldre-telefon) och äldre-central i Borås.
 - Utbildning i SIP, CFS, personcentrering.

Block E: Koppling till nationell plan för vårdplatser

- Socialstyrelsens plan: öka vårdplatser + minska behovet via omställning.
- Lokala åtgärder som minskar behov:
 - Trygg hemgång + SIP.
 - Dagliga avstämningar.
 - Mobil läkarkapacitet.
 - Förebyggande team och årskontroller.
 - Digital snabbkonsult och enkel väg in.
- Beslut A–C (systempaket):
 - Hemma först.
 - Mobila kedjan 24/7.
 - Effektstyrning & uppföljning.

- Nyckeltal:
 - ≥85 % teleuppföljning inom 72 h.
 - –20–30 % akuta slutenvårdsdagar.
 - Minskade överbeläggningar/utlokaliseringar.

Block F: Bilagor och juridik

- Systemstöd för mångsökare (Power BI-lösning).
- Juridiska aspekter: sekretessbrytande regel (OSL 25 kap. 11 §), PDL-krav, behörighetsstyrning.
- Dagliga avstämningar – ansvar och struktur.
- Indikatorer för uppföljning (Socialstyrelsens förslag + lokala).

Struktur för besluts-PM

Rubriker och innehåll:

1. Bakgrund och syfte
 - Omställning till Nära vård, lagkrav, nationella planer.
2. Lokal utgångspunkt
 - Tre fokusområden, målgrupp sköra äldre.
3. Bedömning och linjering
 - SKR:s evidens, proposition, nationell plan.
4. Förslag till beslut
 - Paket 1–3, MAR-funktion, Trygg hemgång, "En väg in".
5. Genomförande och milstolpar
 - Q1–Q4 2026, pilot, utbildning, skalning.
6. Nyckeltal och uppföljning
 - Tillgänglighet, förebyggande, övergångar, effekter.
7. Ekonomi och finansiering
 - Omställningsmedel, effektiviseringsvinster.
8. Risker och motåtgärder
 - Läkarförsörjning, digitalt utanförskap, fragmentering.
9. Bilagor
 - Indikatorlista, juridiska riktlinjer, systemstöd.

Länkar

Kunskap

- [Nära vård](#) - film
- [Personcentrerat arbetssätt](#) - film
- [Potentialerna i Nära vård](#)

Gemensam målbild

- [Beslutsunderlag Nära Vård](#)
- [Färdplan](#)
- [Aktivitetsplan](#)

Förutsättningarna

- [Nya socialtjänstlagen](#)
- [Propositionen - Nästa steg för en god och nära vård, 2025/26:19](#)
- [Gemensam plan primärvård | SKR](#)
- [Omtag för omställning | Vård- och omsorgsanalys](#)

Patientfokus

- [SIP används för lite och för sent – många med stora behov saknar samordnad plan | Vård- och omsorgsanalys](#)
- [Sköra Äldre – CFS](#)
- [SAFE](#)
- [Blankett för Pastel 2.0](#)

Effekt mål

- [Att styra för nära vård – effektstyrning](#)

Mobil vård

- [Modell för mobilt vårdutbud i Västra Götalandsregionen](#)
- [Mobil närsvård - Vårdsamverkan i Västra Götaland](#)

Forskning – fokus hemtjänst

- [Tid för tillit? Om styrning, kontroll och inflytande i äldreomsorgen](#)

Övriga länkar

- [Patientnära vård- och behandling med minskade ...](#)
- [Delregional rutin för provtagning](#)
- [Ställningstagande Klinisk ledning Revidering av arbetsflödet i ViSam-vårdplanering och informationsöverföring i en samlad modell 2023-04-17](#)
- [Primärvård - inkluderar målet för ersättningsmodell](#)
- [Trygg hemgång](#)
- [Specialiserad vård i hemmet](#)

- [Omtag för omställningen](#)
- [Borgholmsmodellen](#)
- [Samverkande-hälso-och-sjukvård-i-hemmet](#)
- [Omställningen mot en god och nära vård](#)
- [pensionärsorganisationernas sammanfattade förväntningar](#)
- [Nära vård](#)
- [Personcentrerat arbetssätt](#)
- [förebyggande team](#)
- [lokal fungerande samverkan](#)
- [Jönköpingsmodellen](#)
- [SIP](#)
- [årskontroller](#)
- [propositionen nästa steg för en god och nära vård 2025/26:19\)](#)
- [Inriktning för vårdvalssystemet i Västra Götalandsregionen 2024-2028](#)
- [Beredningen](#)
- [Granskning av omställningen av hälso- och sjukvården](#)
- [skapa förutsättningar](#)
- [\[governo.se\]](#)
- [Nästa steg för en god och nära vård](#)
- [\[ehalsomyndigheten.se\]](#)
- [\[lakartidningen.se\]](#)
- [\[vardanalys.se\]](#)
- [\[extra.skr.se\]](#)
- [\[svenskforf...samling.se\]](#)
- [\[extra.skr.se\]](#)
- [\[socialstyrelsen.se\]](#)
- [\[regeringen.se\]](#)
- [\[riksdagen.se\]](#)
- [\[vardsamverkan.se\]](#)
- [Hälso- och sjukvårdsavtalet – Vårdsamverkan \[vardsamverkan.se\]](#)
- [Överenskommelse om munhälsa \[vardsamverkan.se\]](#)
- [Hälso- och sjukvårdsavtalet – VästKom \[vastkom.se\]](#)
- [länk](#)
- [folkhalsaochsjukvard.rjl.se.docx](#)
- [Säker vård - alla gånger](#)
- [Process statistik - Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård samt SIP - GITS - Gemensam information- och tjänstesamordning i Västra Götaland](#)