

Protokoll Delregionalt Politiskt Samråd (DPS) 2026-06-05

Plats: Digitalt via Teams

Tid: 09.00-12.00

Omfattning: §§ 12–22

Närvarande

Peter Rosholm
Ylva Lengberg
Marie Jöreteg
Lena Ferm Hansson
Stefan Holmberg
Anna Vallin
Mikael Dahl
Bengt Hilmersson
Johan Larsson
Göran Larsson
Viktoria Haraldsson
Lars Paulsson
Tony Willner
Tomas Johansson
Linnea Kläth
Jonas Mårdbrink
Maria Hjærtqvist
Micaela Kronberg
Magnus Johansson
Nina Landström
Kerstin Åmark
Charlotte Bliesener Falkenström
Anna-Lena Hardtmann

Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, Ordförande
Borås Stad, Vice ordförande
Borås Stad (ersättare)
Marks kommun
Svenljunga kommun
Ulricehamns kommun (ersättare)
Ulricehamns kommun
Vårgårda kommun
Vårgårda kommun (ersättare)
Styrelsen för Närhälsan
Styrelsen för Närhälsan
Delregional nämnd Södra
Delregional nämnd Södra
Delregional nämnd Södra
Delregional nämnd Södra
Styrelsen för regiongemensam hälso- och sjukvård VGR
Styrelsen för Habilitering & Hälsa
Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus
Tandvårdsstyrelsen
Kommun, Ordförande Styrgrupp närvård
Regional primärvård, Vice ordförande Styrgrupp närvård
Närvårdskontoret
Närvårdskontoret, sekreterare

Frånvarande

Lars-Erik Olsson
Patrik Karlsson
Carina Fredriksen
Magnus Lennartsson
Sandra Lindwall
Anita Kristensson
Lena Eksberg
Niklas Gardewik
Dragana Todorovic
Oscar Pihlblad
Monica Hjelmgren

Bollebygds kommun
Bollebygds kommun (ersättare)
Herrljunga kommun
Herrljunga kommun (ersättare)
Marks kommun (ersättare)
Svenljunga kommun (ersättare)
Tranemo kommun
Tranemo kommun (ersättare)
Styrelsen för regiongemensam hälso- och sjukvård VGR
Styrelsen för Habilitering & Hälsa
Södra Älvsborgs Sjukhus, AU Styrgrupp närvård

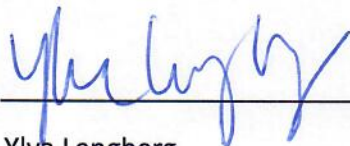
Underskrifter

Ordförande:



Peter Rosholm

Justerare:



Ylva Lengberg

Sekreterare:



Anna-Lena Hardtmann

§ 12. Mötets öppnande

Ordförande hälsar alla välkomna till dagens Delregionala Politiska Samråd (DPS) och förklarar mötet öppnat. En kort presentationsrunda görs.

§ 13. Godkännande av dagordning, justerare och föregående protokoll

Dagordningen godkänns. Ylva Lengberg väljs till justerare.

Protokoll från 13 mars 2026 är godkänt och lagt till handlingarna. Protokoll återfinns, i vanlig ordning, på Närvårdssamverkans hemsida.

§ 14. Hänt sedan sist, den 13 mars 2026

Skörhetsskattning, CFS

CFS (Clinical Frailty Scale) är en skörhetsskattning som används för att bedöma den enskildes normaltilstånd utifrån funktion och sjukdomsbild som en del i en större helhetsbedömning. Skörhet är ett tillstånd som beskriver minskad förmåga att hantera påfrestningar och som delvis går att förebygga och behandla. Skörhet är ett begrepp som bättre kan användas för att identifiera personer med behov av helhetsbedömning än multisjuklighet och/eller kronologisk ålder. Start gjordes januari 2025 i utvalda verksamheter, men fick då inte någon större spridning. Nu har Styrgrupp närvård tagit ett nytt beslut att alla verksamheter ska skatta enligt CFS på alla över 70 år och med start 1 september. Syftet är att arbeta förebyggande och identifiera de personer som kan behöva fler bedömningar. Det blir också ett gemensamt verktyg för kommunikation som underlättar i vårdövergångarna. Målet är att säkerställa rätt stöd och insatser för att stärka livskvalitet, höja eller bibehålla aktivitetsförmåga. Två informationstillfällen kommer genomföras och även en inspelning så att man kan titta på denna även om man inte kunnat vara med vid informationstillfällena.

Nya deltagare i Styrgrupp närvård

I Styrgrupp närvård sker regelbundet byte av deltagare, vilket påverkar samverkan och introduktion behövs. Bland annat har Kerstin Åmark chef V7 Närhälsan sagt upp sig. Kerstin Åmark är också deltagare i AU och där kommer Kristine Christiansen Rygge träda in som interimschef.

Sommaravstämningar/Samverkansmöten

Möten kommer genomföras varannan onsdag ojämn vecka 25–33 kl. 13.30-14.00 för att informera varandra och underlätta samverkan under sommaren. Närhälsan ansvarar för att hålla i mötena i år och skriftlig anteckning görs på mötena och mailas ut. Det är viktigt att de som deltar har mandat.

Studiebesök Jönköping

Ett studiebesök i Jönköping för Styrgrupp närvård ska genomföras den 22 januari 2027. Dagen är till för att få inspiration från Region Jönköpings läns arbete och att Styrgrupp närvård får möjlighet att lära känna varandra bättre.

Gemensam dag mellan Styrgrupp och andra grupper 6 november

Den 6 november har Styrgrupp närvård fysiskt möte och Beredningsgruppen och uppdragsgrupperna bjuds in till detta tillfälle och det blir en gemensam dag. Grupperna

R u

ska presentera vad som fungerar bra och vad har man haft för utmaningar samt förslag till aktiviteter 2027.

Tillitsdag och dag kring goda levnadsvillkor tidigt i livet

Den 1 april genomfördes en dag om samverkan och tillit som Uppdragsgrupp Psyisk hälsa arrangerade. Det var en uppskattad dag och framför allt "blåsljusverksamheterna" uppskattade detta mycket. Önskemål finns om fler liknande dagar. Det framkom också att samverkan med specialistpsykiatri behöver förbättras och arbetet fortsätter i Uppdragsgrupp Psyisk hälsa.

Den 31 mars genomfördes en dag kring goda levnadsvillkor tidigt i livet som Uppdragsgrupp Strategi för hälsa arrangerade. 130 deltagare var med och man arbetar vidare med det som framkom. Önskemål fanns även här om ytterligare en dag för fortsatt dialog. En uppföljningsdag planeras till våren 2027.

Utvärdering av påskens arbete och rutin vid röda dagar

En utvärdering av påskens arbete är gjord i Beredningsgruppen. Det som framkom var att det av olika anledningar var svårt att få till hemgångar i tid. En rutin för arbete vid storhelg är framtagen, *Delregional rutin bevakning och planering av ärenden i IT-tjänsten SAMSA vid storhelg gällande slutenvårdsprocess*. En genomlysning kommer eventuellt göras efter jul om det fortsatt är problem och då för att klargöra vad orsakerna är. Med en delregional rutin så behöver man inte heller ha en dialog och planering inför varje storhelg.

Kris och beredskap

Bruno Ziegler från Socialstyrelsen var med på Styrgrupp närvård 27 mars och talade om kris och beredskap utifrån ett samverkansperspektiv. Planen är att punkten ska finnas med på Styrgrupp närvårds möten framöver med regelbundna uppdateringar. Under 2027 planeras en eventuell "krisdag" tillsammans i samverkan.

Nytt Hälso- och sjukvårdsavtal

I arbetet med nytt Hälso- och sjukvårdsavtal har Närvårdssamverkan inget uppdrag i nuläget utan ansvaret ligger hos parterna. Dialogkonferenser kommer ske vid tre tillfällen i september/oktober och som kommer bli ett startskott för arbetet i delregionen. Under hösten kommer man arbeta med att få en gemensam bild tillsammans med verksamheterna. Politiker kommer också bjudas in till information i mars 2027.

Samsjuklighetsutredningen/reformen

Kopplat till på Samsjuklighetsutredningen/reformen kommer man i samverkan titta på vad som kan eller ska göras i samverkan. Detta kommer också ske tillsammans med kommunalförbundet. En del i arbetet med samsjuklighet är FACT som startade 2 februari med ett multiprofessionellt team från psykiatri och kommun. Det har varit väldigt många fler som varit aktuella för FACT än man trodde innan start. Längre fram kommer information ges om hur det går med FACT till Delregionalt politiskt samråd.

Pilot kring SAMSA och ambulansen

En pilot planeras för ambulansen i samverkan med regional primärvård och kommun. Det handlar om de personer som inte är aktuella för att tas med till sjukhus men där ambulansen bedömer att det finns ett behov av insatser och de önskar kunna meddela regional primärvård och/eller kommun. En checklista för vad som ska skrivas i SAMSA är

framtagen. Informationsspridning och utbildning pågår för att förhoppningsvis kunna starta piloten i MUST-området (Mark, Ulricehamn, Svenljunga och Tranemo) den 1 oktober.

Röda snöret

Det röda snöret är ett arbetssätt där ambulans, polis och räddningstjänst kan initiera ett arbete när situationen för deras organisation kring en enskild person blir ohållbar. Ett ärende pågår som har pågått i omgångar under ett år och viktigast nu är att alla verksamheterna kan uppleva att man gjort allt man kan.

Målarbete – medskick av fråga

Det har varit svårt att veta hur man ska kunna följa att de mål som finns i Närvårdssamverkan går hand i hand med verksamheternas mål och man har talat om att göra någon typ av stickprover. En väg att gå skulle kunna vara att ställa en specifik avgränsad fråga till deltagarna där man tar med svaret på till nästkommande möte.

Direktionen

Närvårdskontorets personal har sina anställningar hos Boråsregionen Sjuhäradskommunalförbund och man har tidigare tillsammans med presidiet till Delregionalt politiskt samråd varit på direktionmöte för att informera om Närvårdssamverkan. Planen är att detta åter ska ske i början av 2027 för att introducera nya deltagare.

Samverkansfilm och Kåre

Ett arbete med en film om samverkan för medarbetare pågår. En arbetsgrupp har tagit fram innehåll och vilka delar som ska vara med. Kåre (**K**ommun **å** region) som ska vara den som alla alltid tänker på i sitt arbete ska vara i fokus i filmen. Det handlar om att arbeta förebyggande och med personcentrering. Kåre presenteras.

§ 15. Avvikelse i samverkan 2025

Anna-Lena Hardtmann presenterar statistik för avvikelser i samverkan 2025. Presentation fanns bifogad i kallelsen till dagens möte. Statistiken är rätt lik den för tidigare år. De vanligaste avvikelserna som regionen ska utreda gäller fortsatt läkemedel och in-och utskrivningsprocessen och det som kommunen ska utreda är övrigt och vård/behandling. Vanligaste orsaken till avvikelser i samverkan är att man inte följt befintliga rutiner/riktlinjer och kommunikation/infobrist. Konsekvens för patienterna är generellt inte så stora. I kommun är den vanligaste konsekvensen vad gäller det organisatoriska perspektivet ökad arbetsinsats och i regionen förtroendeskada. Minskad arbetsinsats som konsekvens för organisationen kan med förbättrade arbetssätt spara tid i alla verksamheter. Det man gör eller inte gör i en verksamhet kan påverka någon annan. Sammanfattningsvis är det viktigt att fortsatt analysera om det är kunskap om rutiner och riktlinjer som saknas eller om följsamhet är problemet. Fortsatt utbildning och genomgång av rutiner, riktlinjer och överenskommelser behövs liksom en tydlig ledning och styrning för att dessa ska följas i det dagliga arbetet. I Styrgrupp närvård förs dialog om hur man bäst ska hantera arbetet med avvikelser i samverkan. En ytterst viktig del är att analysera vissa avvikelser i samverkan lokalt med deltagande från de olika vårdgivarna som varit involverade för att få större förståelse för hur avvikelserna påverkar patienterna och andra verksamheter. Detta leder förhoppningsvis till ett lärande som minskar antalet

avvikelser på sikt. Utifrån de analyser som görs i den egna verksamheten eller i samverkan måste åtgärder/förbättringar göras för att få en förändring. Som politiker kan man också efterfråga hur man arbetar med frågorna och det finns sedan tidigare dialogfrågor framtagna som kan vara till hjälp. Kommentrar på mötet var att digitaliseringen är en stor fråga men den befintliga systemparken måste fungera och där behöver man arbeta aktivt för att ge medarbetarna funktionella förutsättning att kunna arbeta. Dialogfrågor bifogas protokollet.

§ 16. Läkemedelsautomater

Nina Landström, ordförande i Styrgrupp närvård presenterar. Syftet med presentationen är att lyfta frågan kring läkemedelsautomater och påbörja en dialog.

Dialog och samverkan kring digitala hjälpmedel behövs för framtida arbetssätt då personella resurser kommer minska i alla verksamheter.

Läkemedelsautomater kan vara aktuella för många olika patientgrupper.

Det finns i dag två problem kring läkemedelsautomater

- Läkemedelsautomater förskrivs i mycket låg utsträckning av den regionala primärvården.
- Kommunerna får höra från vårdcentraler att Apodos är dyrt i de fall där det från kommunen förskrivs läkemedelsautomater.

Idag använder kommunen läkemedelsautomater inom både Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SoL).

HSL har tydligare krav på vård och uppföljning, tydliga krav på läkemedelshanteringen och tydliga krav på användning av medicintekniska produkter. Enligt SoL för hjälp med egenvård, det finns ingen inblandning av vårdgivare annat än vid egenvårdsbedömning/uppföljning, den enskilde ansvarar själv för att rätt medicin tas och fylla automaten och inga krav finns vid användning av medicintekniska produkter.

Lagrum som rekommenderas av SKR är HSL. Kommunen tar ibland över ansvaret och skriver in den enskilde i kommunal primärvård för att läkemedelshanteringen ska bli säker och personal inom socialtjänsten delegeras. Så det är kommunerna (socialtjänsten) som i slutändan får ta ansvaret för patienters läkemedelsbehandling, som egentligen medicinskt borde höra till regionens ansvar.

Med en läkemedelsautomat som stöd skulle **regionens primärvård** som följer upp den enskildes sjukdomar kunna **behålla det medicinska ansvaret för en person som inte behöver hemtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård**. Detta är idag inte möjligt då den regionala primärvården har valt att inte bemanna en 24/7-verksamhet, inte övervakar larm eller dela ut läkemedel på kvällar och helger, är en cementserad organisation – vad är benägenheten till förändringar och läkemedelsadministrering har historiskt sett ansetts höra till den regionala primärvården.

Sammanfattningsvis framstår de tyngsta hindren för regional primärvård för att ansvara och tillhandahålla läkemedelsautomater vara:

- en redan etablerad ansvarsfördelning där kommunal primärvård ofta driver den löpande läkemedelshanteringen i hemmet
- betungande ledningssystemkrav för medicinteknik och informationssystem

- behovet av en robust larmkedja samt risk- och ansvarstyngd samverkan och delegering över huvudmannagränser.

Utmaningar i en möjlighet att dela ansvaret är; Avtalssamverkan, Gemensam nämnd - tar inte bort behovet av att hantera sekretess, personuppgiftsansvar och regelverksspecifika krav i respektive verksamhet, Upphandlingsrätten – Hamburgsamarbete – samarbetsavtal eller köp av tjänst samt System för informationsdelning.

Egenvård för hantering av läkemedel ställer vissa krav på den enskilde men kan hanteras genom hemtjänstinsatser via SoL och om det inte fungerar krävs ett övertag av ansvar.

Digitala hjälpmedel inom hälso- och sjukvård ökar hela tiden och de avancerade läkemedelsautomaterna. De enklare automaterna som inte är kopplade till en larmorganisation utan inom huset eller till anhörig är få och förskrivningen ligger konstant. De avancerade som kräver en larmstruktur ökar dock.

I Västra Götaland har 38 kommuner läkemedelsautomater från Hjälpmedelscentralen (totalt 1346 hos patient). Regional primärvård har 10 läkemedelsautomater hos patient. Det är viktigt att arbeta aktivt med implementering lokalt och i samverkan över vårdgivargränser, inom ramen för vårdssamverkan.

Viss dialog förs på mötet:

Förebyggande arbete måste ske och nå Kåre tidigare och flytta fram behovet av insatser. Regional primärvård skulle kunna förskriva läkemedelsautomat som ej är beroende av larm för de som redan har Apodos i stället för ett övertag av kommun. Detta borde testas innan inskrivning i kommun. Det blir fel att skriva in för läkemedelsövertag om det inte krävs. Kostnaden av Apodosrullar får inte hindra förskrivning. Personal och restid krävs, personal kommer inte finnas. De gemensamma resurserna behöver beaktas. Problemet finns i hela regionen och ett enhetsbeslut med kommunen skulle behövas. Detta skulle kunna lyftas till SRO (Politiskt samrådsorgan). Fortsatt dialog behöver ske och frågan kommer lyftas i VVG. Göran Larsson tar också med frågan för fortsatt dialog. Vidare framförs att det vore intressant att få fram hur kostnaden ser ut för den enskilde i olika kommuner kopplat till läkemedelsautomat och Närvårdskontoret tillsammans med Nina Landström ska ta fram informationen. Även den "gemensamma" ekonomin vore intressant att kunna se för att förstå hur insatserna påverkar de olika verksamheterna. Presentation bifogas protokollet.

§ 17. Samsjukvården Södra Älvsborg

Lotta Lundell och Catarihna Petersson, processledare för Samsjukvården Södra Älvsborg presenterar.

Arbetet består av flera delar; 1177-uppdrag, IVPA Herrljunga, "Dagliga" avstämningar och förslag mobilt primärvårdsteam.

1177 och IVPA Herrljunga

Implementering med arbetssättet med uppdrag från 1177 fortsätter.

Syfte och mål är ökad trygghet och närhet för patienter, effektivt utnyttjande av gemensamma resurser i linje med omställningen till god och nära vård och att hitta rätt vårdnivå med hjälp av befintliga verksamheter genom att samarbeta över gränserna.

Mark, Ulricehamn, Svenljunga och Tranemo är i gång. Bollebygd planerar att starta 1 september. Vårgårda ska starta i höst. För Borås sker fortsatt dialog. I Herrljunga har man

fokuserat på IVPA (i väntan på ambulans) som startades 1/4. Personal i äldreomsorgen har defibrillatorer i bilarna och åker på hjärtlarm. Samtliga användare är inlagda i systemet och utbildning i appen har genomförts. Hittills har man haft tre larm. Uppdrag via 1177 har 2025 varit 40. 85 % har varit uppdrag kopplat till katetrar, 15 % såromläggningar och för övrigt några bedömningar vid fall och någon fråga om läkemedelshantering. Dessa 40 har inte belastat akuten i Borås och de har fått nära vård i sitt hem. 2026 har det hittills varit cirka 30 ärenden.

"Dagliga" avstämningar

Ett uppdrag gavs i slutet av 2025 för start och stöd till pilot för "dagliga" avstämningar mellan Skene vårdcentral och Marks kommun. Ett förslag till rutin är klart. Som start planeras två möten i veckan med deltagare från vårdcentral och kommun inklusive hemtjänst. Förslag finns att informationsmöte för enhetschefer och chef på vårdcentralen ska ske vecka 35. Start planeras till vecka 39-40 och med avstämning varje vecka för justering och utveckling av piloten.

Förslag mobilt primärvårdsteam

Ett uppdrag finns att ta fram förslag på gemensamt primärvårdsteam för kommunal och regional primärvård. Omvärldsbevakning är gjord av nationella och regionala exempel och man skissar på förslag på delregionalt arbetssätt utifrån inhämtad information och lokala förutsättningar. Man tar också med arbetet som sker i Projekt Mobilt vårdutbud VGR. Där har man delat upp arbetet i tre modeller där processledarna valt det spår som gäller enbart primärvård och Mobil vård som utförs inom ramen för regional primärvård, genom vårdval vårdcentral eller av Regionhälsan och i samverkan med kommunal primärvård. En tankekarta med viktiga delar för uppdrags presenteras.

Teamet ska erbjuda säker och tillgänglig vård i patientens hem, vilket förbättrar livskvalitet och kontinuitet för äldre och sköra. Syfte med teamet är att ge personcentrerad vård i hemmet, arbeta proaktivt med kroniska tillstånd för att minska sjukhusbesök samt stärka samverkan mellan region, kommun och specialistvård.

Mobila arbetssätt möjliggör effektivare resursanvändning och svarar på demografiska förändringar med fler äldre och multisjuka patienter.

Uppdrag och ansvar skulle vara att utföra medicinska bedömningar, behandlingar och uppföljning i patientens hem inom primärvård, ge medicinsk rådgivning till kommunala sjuksköterskor och stödja kommunal primärvård. Teamet skulle fokusera på patienter som kan vårdas säkert hemma och ersätter inte specialiserade mobila enheter.

Målgruppen är primärt äldre och sköra patienter med kroniska och komplexa vårdbehov som föredrar vård i hemmet framför sjukhusvistelse. Patienter har ofta kontakt med kommunal omsorg och primärvård, vilket kräver välkoordinerade insatser för bästa vård. Ett mobilt team skapar trygghet genom tidiga bedömningar och uppföljningar för att minska risken för akuta vårdsituationer.

Teamet skulle vara tillgängligt helgfria vardagar dagtid för att hantera både planerade och akuta vårdbehov inom primärvården. På sikt skulle även arbete kunna ske helger och eventuellt jourtid. En utökning skulle kunna vara att teamet är nåbara per telefon vissa tider. Om man ska kunna arbeta på andra tider så finns också det nuvarande jouravtalet att ta ställning till. Initialt skulle två team vara aktuellt, eventuellt Mark, Ulricehamn, Svenljunga, Tranemo och Bollebygd respektive Borås, Herrljunga och Vårgårda.

Teamet skulle bestå av läkare, distriktssköterska eller specialistsjuksköterska anpassat efter geografiska och patientrelaterade behov.

Organisationen bygger på tydliga roller, gemensamt ansvar och kontinuerlig kompetensutveckling för att säkerställa professionell vård.

Förslaget kommer presenteras för Styrgrupp närvård i augusti.

På dagens möte ställs frågan hur kravet för inställelsetiden i jouravtalet kopplat till Krav- och kvalitetsboken följs, men där finns inget specifikt svar på mötet idag.

Frågan ställs också om tanken är att den enskilde ska bli inskriven eller att teamet är en tillfällig insats. Tanken är inte att man blir inskriven i teamet men i enskilda fall kan det vara så att teamet gör uppföljningar.

Göran Larsson framför att man från Närhälsans sida gärna vill vara delaktiga i denna typ av utveckling.

Presentation bifogas protokollet.

§ 18. Nära vård

Charlotte Bliesener Falkenström ger en bakgrund och Lotta Lundell och Catarihna Petersson rapporterar nuläge och utfall Nära vård.

Bakgrund

Nära vård är allt som görs i Närvårdssamverkan och ingen skillnad görs mellan de olika verksamheterna. Alla behöver påminnas om vad som är viktigt i förflyttningen till Nära vård, Fokus på person och relation, samordning utifrån personens fokus, invånare och patienter som aktiva medskapare samt proaktivt och hälsofrämjande. Arbetet med Nära vård sker i befintliga strukturer och processledare anställdes som stöd. En stark styrning och ledning är viktig och detta ser olika ut. Kvalitativa möten krävs för ingen vill vara på möten som inte ger något. Arbetet behöver ske lokalt om det ska bli skillnad för Kåre. Det är viktigt att främja och prioritera arbetet i samverkan. Arbetet med Nära vård ligger organisatoriskt under Uppdragsgrupp Vuxna och äldre då uppdraget haft ett fokus på just äldre. Processledarnas anställningar upphör sista juni.

- Lokala workshopar har genomförts utifrån omställningen till Nära vård.
- Workshop mellan Delregionalt politiskt samråd och Styrgrupp närvård har genomförts i syfte att tydliggöra vägen framåt.
- Uppdraget blev att sammanställa en gemensam rapport från samtliga workshopar, intervjua medarbetare och kartlägga problemområdena för SIP, ta fram en rutin/arbetssätt för mångsökare inom regional primärvård och på akuten samt att föra lokala dialoger utifrån workshoparnas innehåll. Dialoger har ännu inte skett i alla delområden.
- Samtliga Uppdragsgrupper arbetar med Nära vård utifrån sin målgrupp.

Utifrån Rapporten kring Nära vård har Närvårdskontoret sammanställt ett dokument och som beskriver vad som görs, vad som görs men som inte är uppnått samt vad som inte hanteras idag men som kanske borde hanteras. Rapporten ska nu hanteras i Uppdragsgrupp Vuxna och äldre och Uppdragsgrupp Strategi för hälsa.

Förslaget till fortsatt arbete som var bifogat kallelsen till dagens möte gås igenom.

Förslaget för fortsatt arbete är att två processledare arbetar minst ett år med att fortsätta leda processarbetet av omställningen till en god och nära vård i Södra Älvsborg oavsett målgrupp. Förslaget är att båda skulle arbeta 60 % vardera med Nära vård ur ett brett perspektiv, Samsjukvården Södra Älvsborg och Förebyggande team. Arbetet ska utgå från en god och nära vård för alla målgrupper. Processledare ska finnas som stöd i det lokala arbetet och delta på samtliga lokala ledningsgruppsmöten för att driva frågorna lokalt och ge stöd till cheferna kring Nära vård. Samtliga Uppdragsgrupper fortsätter arbetet med Nära vård.

Nuläge och utfall Nära vård

Efter workshopparna har man erbjudit att återkoppla till de etablerade lokala ledningsgrupper i Närvårdssamverkan. Arbetet har påbörjats via Samsjukvården Södra Älvsborg med att etablera daglig avstämning med den regionala primära vården som nav. Upprätta kontaktvägar mellan vårdgivare har påbörjats liksom att identifiera mångsökare inom regional primärvård och på akutmottagning. Via Förebyggande team äldre har man utökat de förebyggande insatserna. Ett samarbete mellan ambulans/akutmottagning och kommun sker för strukturerade arbetssätt som täcker behov dygnet runt.

Med målet att fånga och skapa samsyn kring mångsökare används systemstöd som samverkansunderlag för vårdgivare inom ramen för Nära Vård. Vad gäller den juridiska aspekten för att identifiera mångsökare inom primärvård och SÄS akutmottagning så är denna utredd och klar. Nytt arbetssätt med tillhörande rutiner krävs och processledarna har tagit fram förslag på detta. Förväntad start är hösten 2026.

Nuläget för Förebyggande team äldre är:

Bollebygd är i gång sedan länge. Avstämningar då och då.

Borås har startat med pilot på Herkules respektive Dalsjöfors vårdcentral med start november/december 2025. Vårdcentralerna Boda och Trandared startade i april.

"Kluster centrum" planeras starta hösten 2026.

Herrljunga har eventuellt en start 2026.

Mark har haft piloter sedan mars 2026 och ska breddinföra med start 1 oktober 2026. Svenljunga startar startade i november 2025.

Tranemo som har haft förebyggande team tidigare gjorde en återstart i januari 2026.

Ulricehamn startade i oktober 2025 och det rullar på väldigt bra.

Vårgårda gör en eventuell start 2026.

Processledarna har också ett uppdrag att göra intervjuer i verksamheterna i syfte att få fram varför SIP (samordnad individuell plan) används så lite i Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Man har ännu inte sammanställt klart men några övergripande slutsatser så långt är att SIP används mindre än lagstiftning föreskriver och initieras ofta sent i patientens vårdprocess. Det finns en osäkerhet kring vem som ansvarar för initiativ, möten och uppföljning, vilket skapar passivitet och förseningar. Bristande IT-stöd och hög arbetsbelastning försvårar samverkan och informationsdelning mellan aktörer.

Fokus på individens behov och mål är avgörande för att skapa strukturerad och proaktiv vård.

Intentionen med SIP krockar med den organisatoriska verkligheten. SIP misslyckas inte på grund av ointresse. Verktuget väljs bort på grund av extrem ansvarstygnd, otydliga spelregler och kortsiktig resurslogik.

Kommunen upplever att tröskeln är för hög och att oklara roller och teknisk oordning i SAMSA blockerar användningen. Närhälsans planeringsteamet upplever att SIP används för att lösa kommunens organisatoriska frågor. Regional primärvård upplever att man saknar tid. Slutenvården anser att det är rätt idé, men att det är fel kontext att göra SIP i slutenvården. Alla aktörer ser ett teoretiskt värde av SIP, men i praktiken skjuts ansvaret vidare i nätverket.

Kärnproblemet är upplevelsen av att om man initierar en SIP så blir man ensam, livslång ägare, det blir ett evigt administrativt ansvar och man får ett medicinskt totalansvar och ansvar för mötesledning. Då initiering jämföras med massivt och ofinansierat merarbete så uppstår en kultur där alla aktörer tvekar och väntar på att någon annan ska ta första steget, vilket leder till en systemförlamning och en "Svarte-Petter-effekt". I det personcentrerade arbetssättet bör man dela ansvaret, sänka ribban och rensa mötet så att individens resurser står i centrum och involvera rätt aktörer och de som känner den enskilde bäst.

Presentation bifogas protokollet.

§ 19. SIP

Maria Glemfelt presenterar. Hon kommer också gärna ut i verksamheterna för att informera om SIP.

Syftet är att göra den enskilde delaktig utifrån sina förutsättningar och att insatser samordnas. Syfte med SIP i tidigt skede är att det blir mindre komplext – färre verksamheter involverade och sker innan behoven blivit för stora samt innebär att den enskilde kan påverka sin plan framåt i ett lugnare skede oavsett diagnos.

I rapporten från Vård- och omsorgsanalys kring SIP – *Samordning med svårigheter, Tillämpningen av samordnad individuell plan*, SIP drar man fem övergripande slutsatser:

- SIP uppnår inte avsedda effekter tillräckligt eller på ett effektivt sätt.
- Tillämpningen av bestämmelserna varierar och avviker från intentionerna med SIP.
- Styrningen har gett otillräckligt stöd.
- SIP kan inte överbrygga grundproblemen.
- SIP har potential om förutsättningar för tillämpningen förbättras.

Hinder på brister och hinder i SIP-processen finns både vad gäller förarbete, själva SIP-mötet, upprättandet av SIP-plan och vid uppföljning. Man konstaterar i rapporten att styrningen har gett otillräckligt stöd.

Maria Glemfelt presenterar i vilka verksamheter som utbildningar/workshoppar genomförts eller är på gång, se presentation.

Kunskapen är på olika nivåer; Grundkunskap, Har ett mer personcentrerat arbetssätt och kan SAMSA samt SIP-processen följs med fördjupad kunskap att dela med andra.

När man kan identifiera de som har en fördjupad kunskap i varje verksamhet så har man möjlighet att arbeta med SIP på ett kvalitativt sätt.

I rapporten från Vård- och omsorgsanalys ges rekommendationer till både regering, kommuner och regioner.

Rekommendationer till regeringen

Bereda tidigare förslag så att en SIP-plan ska innehålla målen med insatserna och även förebyggande och rehabiliterande insatser som den enskilde behöver samt **fortsätta arbetet för att stärka samordningen av den enskildes samlade behov.**

Rekommendationer till kommuner och regioner

Utveckla organisatoriska förutsättningar för samverkan genom att stärka kontaktvägar och prioritera gemensamma samverkansarenor och mötesplatser, gemensamma löpande utbildningar och kompetensutveckling samt samordnande funktioner, i synnerhet för personer med omfattande behov.

Utveckla styrning som skapar förutsättningar för och främjar samverkan och gemensamt ansvar genom att utforma gemensamma mål och följa upp effekter av samordning och prioritera resurser till socialtjänst, hälsa- och sjukvård samt till samordning.

I presentationen finns länkar för mer information och kontaktuppgifter till Maria Glemfelt.

Presentation bifogas protokollet.

§ 20. Konsekvenser för individen med eller utan SIP

På föregående möte lyftes frågan vad det innebär för den enskilde om man har en SIP eller inte samt om det är god kvalitet eller inte. Karin Sjöström från NSPH (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa) presenterar.

Om den enskilde inte får en SIP kan det innebära att:

- Den enskilde kan få olika och motstridiga planer från olika aktörer vilket kan skapa en osäkerhet för den enskilde.
- Den enskilde behöver upprepa sig vid varje kontakt.
- Den enskilde kan behöva agera budbärare mellan olika aktörer.
- Den enskilde kan ha svårt att veta vem hen ska vända sig till i vilken fråga.
- Det är svårt för den enskilde att ha en översikt över vilken vård och vilket stöd som finns tillgängliga.
- Det är svårt för någon att ha en helhetsbild.
- Det finns en risk att insatser fördröjs.
- Insatser kan utebli eftersom behov inte identifieras.
- Den enskilde behöver lägga tid och energi på att sköta samordningen själv.
- Närstående kan behöva ta ett stort ansvar för samordning.

Att den enskilde inte får en SIP kan bero på att:

- Den enskilde känner inte till möjligheten/rättigheten.
- Verksamheterna har inte samma uppfattning om behov av samordning som den enskilde och närstående.
- Verksamheter sätter upp kriterier för SIP som inte har stöd i lagen.
- Verksamheterna ser behovet av SIP men ingen tar ansvaret för att initiera SIP.
- Verksamheterna ser behovet men har inte tid.

- Verksamheterna får inte samtycke från den enskilde.

Fördelar med att den enskilde får en SIP med god kvalitet är att denne känner sig delaktig, hörd och informerad samt tryggare. Den enskilde behöver inte heller bära ansvaret ensam och anhöriga får avlastning och det blir en gemensam plan.

SIP-mötet blir positivt för den enskilde om denne har fått vara aktivt deltagande i förberedelserna, om rätt aktörer är kallade, kommer på mötet och stannar hela mötet. Positivt blir det också om det finns en tydlig mötesledare som förmår vara neutral alternativt en utomstående SIP-koordinator/samordnare. Vidare är det viktigt med en lokal som är bekväm för den enskilde, att aktörerna pratar **med** den enskilde och inte **om**. Ett förståeligt språk, hänsyn tas till den enskildes kognitiva förmåga samt att de deltagande aktörerna är medvetna om den maktobalans som finns i mötet och försöker kompensera för den är också viktigt.

Om den enskilde får en SIP med låg kvalitet kan det innebära att utdragna förlopp där svårigheter kan förvärras, den enskilde förlorar hopp, motivation och trygghet. En dålig SIP kan leda till att den enskilde inte vill medverka vid SIP i framtiden. SIP-möten som fungerar dåligt kan vara känslomässigt påfrestande för både den enskilde och närstående. En del personer beskriver mötet som obehagligt, skrämmande, katastrofalt eller som "en rättegång". Den enskilde får minskad delaktighet och upplever att personalen saknar tilltro till hens förmågor. Den enskilde och närstående får fortsätta ta ansvar för samordningen och vara informationsbärare. Kvaliteten hos en SIP kan påverkas mycket vid byte av personal och/eller aktörer. Bristande uppföljning ger också en låg kvalitet. Även makthierarkier kan påverka SIP negativt.

Karin Sjöström ger några avslutande ord om SIP:

- Många personer som skulle gynnas av en SIP har idag ingen SIP.
- Ofta görs inte SIP förrän omfattande behov har uppstått, sällan för att förebygga problem.
- Många personer känner inte till att möjligheten och rättigheten till en SIP finns.
- Begreppet SIP upplevs ibland otydligt. Det används ibland för ett möte, ibland för dokumentet som skapas i samband med mötet och ibland för hela processen, många gånger upplever den enskilde att SIP bara är ett möte.
- Den enskilde och verksamheterna har ofta olika uppfattning om hur delaktig den enskilde varit i SIP.
- Om en SIP fungerar som den ska kan den hjälpa till att ge alla medborgare en likvärdig möjlighet till vård och stöd.

Kontaktuppgifter till Karin Sjöström finns i presentationen.
Presentation bifogas protokollet.

§ 21. Övriga frågor

Samrådsorganet (SRO)

Bengt Hilmeresson återkopplar. Senaste mötet var 4 juni. Punkter som hanterades var nya Hälso- och sjukvårdsavtalet där det verkar som om alla kommuner kommer säga ja. Dialogkonferenser kommer ske i september/oktober. På mötet hade man också lyft samsjuklighet, missbruk och beroende där regionen kommer få mer ansvar än tidigare.

Information från regional primärvård och kommun

Enligt önskemål från tidigare möte kommer regional primärvård och kommun presentera pågående arbete på möten längre fram på samma sätt som SÄS gjort.

Skene närsjukhus

Peter Rosholm informerar om att det kommer genomföras ett möte nästa vecka för fortsatt arbete kring Skene närsjukhus. Återkoppling kommer ske.

Introduktion av nya deltagare Delregionalt politiskt samråd

Introduktion kommer ske för de deltagare som kommer nya efter valet i september.

§ 22. Avslut

Ordförande avslutar och tackar för ett bra möte med viktigt innehåll. Frågor eller tankar inför framtida möten kan mailas till Närårdskontoret. En skön sommar tillönskas. Nästa Delregionalt Politiskt Samråd är den 18 september och mötet genomförs fysiskt.