

Rapport Nära Vård – SIP

PROCESSEN FÖR NÄRA VÅRD INOM RAMEN FÖR
NÄRVÅRDSSAMVERKAN SÖDRA ÄLVSBORG

ANN-CHARLOTTE LUNDELL, CATARIHNA PETERSSON, MARKO ANTTILA

Innehåll

Bakgrund	2
Statistisk bakgrund.	3
Begreppet SIP	3
SIP Södra Älvsborg 2023–2025	3
Sammanställning av intervju med medarbetare i kommunal primärvård	4
Sammanställning av intervju med medarbetare i regional primärvård	5
Sammanställning av intervju med medarbetare Södra Älvsborgs Sjukhus	6
Sammanställning av intervju med planeringsteamet Närhälsan	7
Sammanställning av intervju med SIP-samordnare Södra Älvsborg	8
Reflektioner från processledarna	9
Övergripande sammanfattning – SIP i Södra Älvsborg	11
Nationell jämförelse	12
Förbättringsförslag	13
Bilaga 1. Tabell intervju medarbetare kommunal primärvård	14
Bilaga 2. Tabell Intervju medarbetare regional primärvård	16
Bilaga 3. Intervju medarbetare SÄS	18
Bilaga 4. Tabell intervju primärvårdens planeringsteam	20
Bilaga 5. Tabell intervju SIP-samordnare SÄS	22
Bilaga 6. Tabell sammanfattning	24
Länkar	26

Bakgrund

Omställningen till Nära vård i Södra Älvsborg utgår från en gemensam målbild där primärvården är navet i samverkan med kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst och specialistvård. I denna rapport riktas särskilt fokus mot sköra äldre och personer med frekventa vårdkontakter, där behovet av en sammanhållen, tillgänglig och personcentrerad vård är som störst. Målsättningen är att stärka helhetsperspektivet kring individen och minska fragmenterade vårdkontakter genom ett mer proaktivt och samordnat arbetssätt.

Som en del av omställningen har särskilt fokus lagts på att utveckla gemensamma arbetssätt för mångsökare samt att stärka användningen av samordnad individuell plan (SIP) som verktyg för samverkan kring individer med komplexa behov. Samtidigt finns en gemensam bild av att SIP inte genomförs i önskad omfattning i Södra Älvsborg jämfört med andra delregioner, och att det råder olika uppfattningar om orsakerna till detta.

Styrgrupp Närvårdssamverkan har därför efterfrågat en fördjupad analys och ett faktabaserat underlag där lokal input, i relation till den nationella rapporten, ligger till grund för förslag till insatser och åtgärder och riktade insatser i Södra Älvsborg. Statistik från närvårdssamverkan visar en bild där planeringen i SAMSA inför utskrivning från sjukhus generellt fungerar väl, medan erfarenheter från genomförda workshoppar samtidigt pekar på brister i planeringen vid hemgång från slutenvården i samtliga samverkansområden. Detta indikerar behov av fördjupad kunskap och gemensam analys.

Mot denna bakgrund har tre processledare, med representation från kommuner, regional primärvård och sjukhus, fått i uppdrag av styrgrupp Närvårdssamverkan att under våren 2026 driva det operativa utvecklingsarbetet vidare. Uppdraget omfattar tre prioriterade områden:

- att ta fram ett gemensamt arbetssätt/rutin för hantering av mångsökare,
- att bistå lokala ledningsgrupper genom dialog och återkoppling,
- att öka användningen av SIP genom kartläggning, analys och utvecklingsförslag.

Kartläggningen har gjorts genom gruppintervjuer med representanter från regional primärvård, kommuner och slutenvård vid SÄS (Södra Älvsborgs sjukhus) för att identifiera hinder, samla erfarenheter och analysera varför SIP inte används i den omfattning som förväntas. Intervjuerna kompletteras med statistik och syftar till att skapa ett gemensamt kunskapsunderlag för fortsatt utvecklingsarbete.

Detta samlade arbete utgör grunden för fortsatt utveckling av samverkan i delregionen, med målet att säkerställa tidiga, samordnade och personcentrerade insatser för invånare med komplexa behov.

Vilka behov fungerar SIP bäst respektive sämst för?

Bäst: när behovet är tydligt definierat och samordningen enkel.

Sämst: vid komplexa behov där många aktörer krävs, vilket är just de grupper som SIP är avsedd för.

Rapporten visar att SIP i sin nuvarande form inte fungerar som avsett, framför allt på grund av bristande styrning, otydliga ansvarsförhållanden och svaga förutsättningar för samverkan. Delaktigheten är otillräcklig och många får ingen SIP trots stora behov.

Statistisk bakgrund.

Begreppet SIP

Påbörjad SIP innebär att arbetet med SIP har startat, men planen är inte färdig. Det kan handla om att behov har identifierats, samtycke har inhämtats (eller är på väg att göras), första kontakter eller möten planeras, Innehållet i planen är alltså inte helt fastställt ännu. Kort sagt: Processen är i gång, men planen är inte klar.

Upprättad SIP betyder att SIP: en är färdigställd och dokumenterad. Alla viktiga delar finns med, till exempel: mål, insatser, ansvarsfördelning (vem gör vad), Den är oftast beslutad i samråd med individen och berörda aktörer. Kort sagt: Planen är klar och gäller.

SIP Södra Älvsborg 2023–2025

SIP Södra Älvsborg						
	Jan-jun 2023	Juli-dec 2023	Jan-jun 2024	Juli-dec 2024	Jan-jun 2025	Juli-dec 2025
Påbörjade	310	242	299	195	217	223
Upprättade	69	74	49	51	204	112

Statistik kan i många avseende vara svårtolkad. Statistiken ovan har tagits från GITHS månadsrapporter processtatistik vid in och utskrivning. Utifrån upprättad SIP som är färdigställda och dokumenterade kan vi se en trend i att de ökat markant under 2025. Orsaken till denna ökning går inte att fastslå men en del av det kan ev. kopplas till införandet av förebyggande team.

Tittar man närmre på statistik som tas ur vårdcentralernas journalsystem och bygger på KVÅ-koder så blir antalet för 2025 350st vilket stämmer relativt väl med statistiken ovan. Det kan vara flera åtgärder kopplat till samma SIP vilket kan förklara skillnaden mellan siffrorna. Den statistiken visas inte här. I sammanhanget ses att det finns vårdcentraler som sticker ut och har relativt många SIP i förhållande till antalet listade. Antingen utifrån flitigt arbete med SIP eller annorlunda tolkning av att använda KVÅ-koder kopplat till SIP. Vid dialog med berörd vårdcentral framkommer ett etablerat arbetssätt där man ser vinsterna med att ha en SIP för både patienten och verksamheten. Det framstår som ett föredömligt arbetssätt att ta efter.

Sammanställning av intervju med medarbetare i kommunal primärvård

Intervjun med kommunala deltagare visar en bred samsyn om SIP:s syfte och potentiella värde, men också en tydlig diskrepans mellan intention och faktisk användning. SIP beskrivs som ett centralt verktyg för personcentrerad och samordnad vård, särskilt för praktiken lågfrekvent förekommande i den kommunala vardagen, och för många yrkesgrupper helt frånvarande i det dagliga arbetet.

Den mest framträdande orsaken till detta är osäkerhet kring ansvar och roller, särskilt kopplat till begreppet *att initiera SIP*. Att initiera uppfattas ofta som att ta ett övergripande och långvarigt ägarskap för hela processen – från kallelse och mötesledning till dokumentation och uppföljning – snarare än att endast uppmärksamma ett behov. Detta skapar en hög tröskel för att ta initiativ, även när behovet av samordning är tydligt.

Vidare framkommer en utbredd kunskapsbrist kring SIP-processen i praktiken, trots kännedom om lagstiftningen. Bristen gäller både hur SIP ska användas operativt och hur det digitala stödet (SAMSA) fungerar. SAMSA:s SIP-modul beskrivs som tekniskt svåröverskådlig och icke-intuitiv, vilket bidrar till att SIP antingen inte genomförs alls eller genomförs utan korrekt registrering.

Många deltagare beskriver också att samverkan redan sker via andra former, såsom teammöten, vårdplaneringar eller informella kontakter. Detta leder till att SIP inte alltid upplevs tillföra ett mervärde, särskilt i mindre komplexa ärenden, trots att det i efterhand identifieras situationer där SIP hade kunnat förbättra helhet och tydlighet för individen. Slutligen visar intervjun att användningen av SIP är ojämnt fördelad, där förebyggande team och psykiatri står för merparten av de SIP:ar som faktiskt genomförs. För målgruppen sköra äldre – som intervjun fokuserar på – framstår SIP som särskilt underutnyttjat, trots att denna grupp ofta har omfattande och sammansatta behov.

Sammantaget pekar utfallet på behov av förtydligade spelregler, praktiskt stöd, organisatorisk riktning och gemensam samsyn för att SIP ska bli ett naturligt och användbart verktyg i den kommunala kontexten.

OBS! Hemtjänsten som borde vara en viktig part i synnerhet den fasta omsorgskontakten saknar i stort helt kunskap om SIP och verktyget och bjuds heller inte in. Främst är behovet för de som inte har kommunal primärvård.

Sammanställning av intervju med medarbetare i regional primärvård

Intervjun med representanter från den regionala primärvården visar på ett perspektiv där SIP i grunden uppfattas som ett meningsfullt och potentiellt mycket värdefullt verktyg, men där användningen i praktiken är ojämn, låg och starkt beroende av enskilda roller, resurser och lokala arbetssätt.

SIP beskrivs främst som relevant vid komplexa patientfall, där flera aktörer är involverade och där ansvarsfördelning och samordning är otydlig för både patient och professioner. I dessa situationer kan SIP skapa trygghet, struktur och gemensam riktning. Samtidigt framkommer att SIP inte är en etablerad del av det dagliga arbetssättet inom regional primärvård, utan något som ofta initieras av andra aktörer (kommun, slutenvård, Närhälsans planeringsteam) snarare än av vårdcentralerna själva.

Ett tydligt fynd är att tidsbrist, produktionskrav och ersättningssystem påverkar benägenheten att initiera eller delta i SIP. SIP upplevs som resurskrävande och svår att prioritera i en vardag som i hög grad styrs av besöksproduktion och poängsystem. För flera yrkesgrupper finns också en osäkerhet kring när SIP är rätt insats, hur den ska initieras i praktiken och vem som förväntas ta ett samordnande ansvar.

Kunskapsnivån kring SIP och dess praktiska genomförande varierar kraftigt. Vissa verksamheter och individer har god vana, tydliga rutiner och upplever få hinder, medan andra beskriver SIP som otydligt, krångligt och sällan förekommande. Det saknas en gemensam bild av ansvarsfördelning, dokumentation och uppföljning, vilket bidrar till att SIP ibland upplevs som ineffektiv eller inte tillförande.

Patientens roll betonas genomgående som central. När patienten är delaktig, förstår syftet och själv har frågor eller behov som ska lösas, upplevs SIP fungera bäst. Samtidigt framkommer att de patienter som professionen bedömer ha störst behov av SIP inte alltid själva uppfattar behovet eller orkar delta, vilket skapar en spänning mellan professionell bedömning och personcentrering.

Sammantaget visar intervjun att regional primärvård ser SIP som ett viktigt men underutnyttjat verktyg, där användningen hämmas av brist på tid, tydliga strukturer, gemensam praxis och organisatoriska incitament. För att SIP ska bli mer etablerat krävs både praktiska förutsättningar och ett tydligare gemensamt sammanhang för när, hur och av vem SIP ska användas.

Sammanställning av intervju med medarbetare Södra Älvsborgs Sjukhus

Intervjun med medarbetare från SÄS (slutenvården) ger en tydlig och relativt samstämmig bild av att SIP sällan upplevs som ett ändamålsenligt verktyg i den akuta slutenvårdens kontext. Orsaken är främst den korta vårdtiden, den akuta situationen och begränsade möjligheten att få en helhetsbild av patientens långsiktiga behov.

SIP som genomförs under slutenvård uppfattas ofta som förväxlade med eller ersatta av vanliga SAMSA-ärenden eller avstämningsmöten. Fokus hamnar då på praktiska frågor inför utskrivning (hjälpmedel, läkemedel, hemsituation), snarare än på långsiktiga mål, ansvarsfördelning och uppföljning – vilket enligt deltagarna egentligen är kärnan i SIP. Ett återkommande tema är att SIP upplevs komma för sent i vårdkedjan. Många patienter beskrivs ha haft omfattande kontakter med primärvård, hemsjukvård och bistånd långt innan inläggning, men utan samlad plan. Först när patienten försämras och läggs in på sjukhus aktualiseras SIP, trots att behovet enligt deltagarna hade varit större i ett tidigare, mer stabilt skede i hemmet.

Ansvarsfrågan framstår som särskilt problematisk. Slutenvården upplever ofta att det förväntas att SÄS ska kalla till och hålla i SIP, trots att deltagarna tydligt ser primärvården som den aktör som har helhetsansvar över tid och därmed bättre förutsättningar att både initiera och följa upp SIP. Detta skapar osäkerhet kring roller och leder till att SIP ibland genomförs utan tydlig mötesledning, dokumentation och uppföljning.

Det framkommer också en uttalad kompetensosäkerhet kring SIP:s intentioner, regelverk och praktiska genomförande. Flera deltagare beskriver att de "vet vem som kan" snarare än att själva känna sig trygga i processen. Dokumentation upplevs dessutom som bristfällig och ibland dubbel, då SIP inte tydligt separeras från andra planer i SAMSA. Planering i samsas slutenvårdsprocess eller SIP inte båda.

Patientens delaktighet lyfts som central i teorin, men beskrivs som svår att realisera i praktiken under sjukhusvistelsen. Patienter är ofta påverkade av akut sjukdom, trötta eller osäkra på vad SIP innebär, och har svårt att formulera mål eller önskemål i detta skede. Sammantaget visar intervjun att personal på SÄS i stor utsträckning ser SIP som rätt idé i fel vårdkontext när den placeras i slutenvården. SIP anses göra störst nytta före inläggning eller efter utskrivning, i patientens hemmiljö, med tydlig primärvårdssamordning och uppföljning över tid.

Slutenvårdens läkare bör ha en viktig roll för patienten som de har ansvar för under längre tid tillsammans med andra vårdaktörer men då rör det främst inte när patienter är inlagda på vårdavdelning. Patienter med kronisk eller långvarig kontakt med sjukhuset inom öppenvården bör i enstaka fall vara i behov av SIP – därmed aktuellt med läkares involvering.

Sammanställning av intervju med planeringsteamet Närhälsan

Intervjun med planeringsteamet inom Närhälsan ger bilden av en verksamhet med hög erfarenhet av SIP i teori och system, men med en kritisk och selektiv syn på SIP:s praktiska användning. SIP uppfattas inte som ett självklart eller generellt verktyg, utan som en insats som endast är motiverad när den tydligt tillför ett mervärde för patienten. Delaktighet gällande beslutet inkluderar dock i regel ej patienten.

Ett genomgående tema är att många SIP:ar genomförs utan tydligt syfte, ofta som en rest av tidigare vårdplaneringsmöten eller för att lösa organisatoriska frågor, främst inom kommunen. Detta leder till att SIP upplevs som ineffektiv, resurskrävande och ibland felanvänd, särskilt när medicinska frågor redan är klarlagda eller när det saknas samsyn kring vad mötet ska leda till.

Planeringsteamet beskriver en utbredd begreppsförvirring mellan SIP, vårdplanering och andra samverkansformer. SIP används i vissa sammanhang som ett sätt att "få med läkare" eller som ett forum för beslut som egentligen borde hanteras i andra processer, exempelvis via ordinarie läkarbesök eller biståndsbedömning. Detta riskerar både att urholka SIP-begreppet och att skapa en inflation i statistiken utan motsvarande patientnytta.

Samtidigt betonas att rätt genomförd SIP i rätt sammanhang kan vara mycket värdefull, särskilt för patienter med långvarig slutenvård, omfattande rehabilitering eller flera samtidiga huvudansvar (kommun, primärvård och specialiserad vård). Dessa SIP:ar upplevs som meningsfulla eftersom de klargör ansvar, insatser och fortsatta kontaktvägar efter utskrivning.

Ett tydligt krav från planeringsteamet är att patientens vilja och frågor måste vara utgångspunkten för en SIP. SIP som initieras av organisationer för att underlätta egna beslut, utan patientens delaktighet, bedöms sällan ge effekt. Dock förmodas kunskapen från patientens sida gällande SIP vara låg så en förväntan om att de skall be om det torde vara orimlig.

Slutligen lyfts att resursåtgången är betydande, både vad gäller för- och efterarbete samt mötestid, och att detta kräver ett mer restriktivt och kvalitetsfokuserat användande.

Teamet efterfrågar i högre grad kvalitativ uppföljning av SIP:s effekt för patienten, snarare än fokus på antal genomförda SIP.

Sammantaget visar intervjun ett perspektiv där SIP ses som ett specialiserat verktyg för komplexa situationer, inte som en generell samverkansform, där tydligt syfte, rätt deltagare och patientens behov är avgörande för legitimiteten.

Sammanställning av intervju med SIP-samordnare Södra Älvsborg

Inför intervjun har SIP-samordnaren tagit del av tidigare grupperas sammanställningar och kompletterar dessa med ett övergripande och erfarenhetsbaserat perspektiv. Intervjun bekräftar i stor utsträckning de mönster som framkommit i rapporten, men tydliggör samtidigt hur lagstiftning, arbetssätt och organisatorisk kultur samverkar och påverkar användningen av SIP i praktiken.

Ett centralt fynd är att SIP i många fall har förskjutits från sitt ursprungliga syfte – ett personcentrerat verktyg för samordning över tid – till att bli ett mer organisatoriskt styrt mötesformat, nära kopplat till vårdplanering och utskrivningsprocesser. Fokus hamnar därmed ofta på struktur, ansvarsfördelning och kortsiktiga lösningar, snarare än på individens långsiktiga behov och delaktighet.

Vidare framkommer en tydlig begreppsförvirring kopplad till lagstiftningen, där skillnaden mellan lagstiftningen från 2010 (SIP i öppenvård) och 2018 (trygg och säker utskrivning) inte är tillräckligt förankrad i verksamheterna. Detta bidrar till att SIP ofta genomförs i fel sammanhang – främst i samband med utskrivning från sjukhus – trots att nyttan bedöms vara störst i ett tidigare och mer stabilt skede, i öppenvård eller i individens hemmiljö.

SIP upplevs också som resurskrävande och ansvarstungt. Den som initierar processen förväntas ofta ta ett omfattande ansvar för planering, genomförande och uppföljning, vilket skapar en tydlig tröskel för att ta initiativ. Detta leder till att SIP används i begränsad omfattning, även när behov av samordning finns.

En ytterligare utmaning är att SIP ofta hanteras som ett enskilt möte med höga förväntningar och många deltagare, vilket i komplexa ärenden blir ineffektivt. I stället betonas behovet av att se SIP som en process över tid, där arbetet delas upp och anpassas efter individens behov.

Intervjun belyser även att centrala aktörer i individens vardag – särskilt hemtjänst, boendestöd och skola – ofta är underrepresenterade i SIP-arbetet, trots att de har viktig kunskap om individens situation. Samtidigt varierar kompetens och erfarenhet av SIP mellan verksamheter, vilket bidrar till ojämn användning.

Sammanfattningsvis visar intervjun att utmaningarna kring SIP i första hand rör bristande tillämpning, otydliga ansvar, organisatoriska hinder och ett för komplext arbetssätt, snarare än brist på regelverk. För att stärka användningen krävs fokus på förenkling, tydligare ansvarsfördelning, praktisk kompetens och ett konsekvent personcentrerat arbetssätt, där SIP används som ett verktyg för samordning över tid snarare än ett enskilt möte.

Reflektioner från processledarna

I intervjuerna hävdas att SIP i Södra Älvsborg ersätts av avstämningsmöten, vårdplaneringar och informell samverkan. Processledarna ifrågasätter denna uppfattning då månatlig statistik från GIST visar att Södra Älvsborg även ligger lägst i statistiken gällande avstämningsmöten, "vårdplaneringsmöten" vid hemgång från sjukhus mm. Södra Älvsborgs delregionala riktlinjer har som ambition att planering vid hemgång från sjukhus sker huvudsakligen skriftligt i SAMSA mellan vårdens aktörer till förmån för att göra en SIP hemma. Denna ambition har dock inte slagit igenom vilket SIP-statistiken tydligt visar. Utfallet av dessa arbetssätt kombinerat blir att vården i stor utsträckning planerar "över huvudet på patienten/innvånaren". Många pratar med invånaren om sin del men det är svårt för invånaren att få en helhetsbild. Det riskerar att leda till ett icke personcentrerat arbetsätt utan strukturerad dialog vårdgivarna emellan och samtal där invånaren involveras.

Det är svårt att prata om SIP utan att komma in på arbetssättet i SAMSA med övriga processer. I den bästa av världar finns en SIP i grunden och slutenvård- och öppenvårdsprocesser är tillfälliga avvikelser från den men så är inte systemet upplagt och heller inte våra arbetsmetoder. I grunden utsluter inte öppen- och slutenvårdsprocessen en SIP men i praktiken tenderar vi att göra det ena eller det andra och arbetet i SAMSA utgår mycket ifrån slutenvårdsprocessen. Systemet SAMSA har utvecklingspotential i att väva ihop slutenvårdsprocessen, öppenvårdsprocessen och SIP.

I ett personcentrerat arbetsätt gällande SIP är det viktigt att rätt personer deltar. För många invånare är tex hemtjänsten och då främst den fasta omsorgskontakt en viktig part som kan se behov hos invånaren och förmedla dessa i ett tidigt skede. Hemtjänstens organisationer verkar i stort sett genomgående sakna arbetsätt och kunskap om SIP. Det framstår som ett viktigt förbättringsområde för kommunerna.

Underlaget i denna rapport visar att det generellt inte finns några större skillnader mellan Närhälsans vårdcentraler och privata vårdcentraler när det gäller arbetet med SIP. En tydlig skillnad är dock att Närhälsan har ett centralt planeringsteam som hanterar planeringsprocessen i SAMSA och fungerar som stöd för vårdcentralerna i SIP-arbetet. Planeringsteamet har hög teoretisk kompetens kring SIP och ställer höga kvalitetskrav, men de är inte den fasta vårdkontakten för patienten. Deras centrala roll kan bidra till ett effektivt arbetsätt i processarbetet i SAMSA men samtidigt riskerar den att minska kunskapen och erfarenheten ute på vårdcentralerna eftersom personalen där blir mindre delaktig i processen. Det kan även finnas ett samband mellan planeringsteamets höga kvalitetskrav och att färre SIP upprättas. Arbetssättet är inte heller helt förenligt med ett personcentrerat förhållningssätt, där exempelvis äldresköterskan förväntas ha en mer aktiv roll och en kontinuerlig relation med patienten.

Ord har betydelse. Här bör förtydligas sjukhusets ansvar kopplat till SIP. Ordet sjukhus, slutenvård, specialistvård riskeras att likställas och tolkas som att dessa verksamheter inte bör vara huvudsakligen ansvariga för SIP. SIP i samband med sjukhusvistelse är inte alltid optimalt och bör inte vara det vanliga. Noteras bör dock att även inom specialistvården förskjuts vården från ineliggande vård till öppenvård. Enligt initsierrad käla på SÄS är det uppskattningsvis ca 50% ineliggande vård och 50% öppenvård. Det innebär att SÄS öppenvårdsverksamhet är en viktig part i SIP för vissa patienter. Utifrån intervjuens utfall och vårdens förskjutning bör specialistvårdens roll och ansvar hos öppenvårdsverksamheterna kopplat till SIP förtydligas.

I detta uppdrag har inga chefer intervjuats. Det bör dock noteras att i många andra dialoger där processledarna deltar och pratar om SIP och andra gemensamma arbetssätt påtalar den regionala primärvården, och då främst rehab, att krav och kvalitetsboken inte ekonomiskt sett styr mot SIP på det sätt de anser är hållbart. Processledarna har ingen egen värdering i den ekonomiska frågan men noterar att detta argument är ett vanligt "hinder" i gemensamt arbete.

Sammanfattningsvis finns det bristande kunskap och samsyn i verksamheterna om När en SIP är lämplig. Detta antas leda till att frågan om SIP allt för sällan ställs till invånaren utan fattas av verksamheterna. I de fall där frågan om SIP ställs riskerar informationen till invånaren vara otydlig gällande vad SIP är och vilket värde det kan ha för invånaren. Utöver detta är kunskapsnivån om Hur SIP skall genomföras allt för låg kraven upplevs som högt ställda. Detta i kombination av organisatoriskt bristande förutsättningar riskerar att leda till att man undviker SIP och hoppas eventuellt på att någon annan kallar till en sådan.

Övergripande sammanfattning – SIP i Södra Älvsborg

Statistisk bakgrund

SIP (Samordnad individuell plan) delas in i *påbörjad* (processen i gång men ej klar) och *upprättad* (färdig och dokumenterad plan). Statistiken för Södra Älvsborg 2023–2025 visar att antalet påbörjade SIP legat relativt stabilt, medan antalet upprättade SIP ökar markant under 2025. Orsakerna är inte helt klarlagda men kan delvis kopplas till införandet av förebyggande team. Skillnader i statistik mellan olika datakällor (GITHS och KVÅ-koder) indikerar även variationer i registrering och arbetssätt. Samtidigt finns variation mellan vårdcentraler, vilket kan bero på både arbetssätt och tolkning av regelverk.

Samlad bild av intervjuer

Samtliga verksamheter (kommunal primärvård, regional primärvård, slutenvård/SÄS och planeringsteam) beskriver SIP som ett i grunden viktigt och värdefullt verktyg för samordning och personcentrerad vård. Trots detta används SIP i begränsad och ojämn utsträckning.

Flera gemensamma utmaningar framträder:

- **Otydligt ansvar och roller:** Att initiera SIP upplevs innebära ett omfattande ansvar, vilket skapar en hög tröskel att ta initiativ.
- **Kunskapsbrist och begreppsförvirring:** Det råder osäkerhet kring när och hur SIP ska användas, samt skillnaden mellan SIP och andra samverkansformer (till exempel vårdplanering).
- **Resurs- och tidsbrist:** SIP upplevs som tidskrävande och svår att prioritera, särskilt i verksamheter styrda av produktion och korta vårdtider.
- **Bristande systemstöd:** Det digitala verktyget (SAMSA) upplevs som svårt att använda, vilket påverkar både genomförande och registrering.
- **Otillräcklig patientdelaktighet:** Även om patienten ska vara central, genomförs SIP ibland utan tydlig förankring i patientens behov och mål.

Skillnader mellan vårdaktörer

- **Kommunal primärvård:** SIP används sällan och kunskapen är låg, särskilt inom hemtjänsten som ofta saknar delaktighet trots central roll.
- **Regional primärvård:** Ser SIP som relevant vid komplexa ärenden men saknar tydliga rutiner och incitament att initiera.
- **Slutenvård (SÄS):** Upplever SIP som mindre lämpligt i akuta vårdsituationer och menar att den ofta används för sent i vårdkedjan. Verksamhetens öppenvård är viktig men ser inte sin egen roll i sammanhanget.
- **Närhälsans Planeringsteam:** Har hög teoretisk kunskap men använder SIP selektivt och betonar att många SIP saknar tydligt syfte och patientnytta.

Övergripande bedömning

SIP har i praktiken delvis förskjutits från ett personcentrerat verktyg för långsiktig samordning till ett organisatoriskt mötesformat kopplat till utskrivningsprocesser. Användningen hämmas främst av otydliga ansvar, bristande samsyn och ett komplext arbetssätt – snarare än av regelverk.

Slutsats

SIP är ett underutnyttjat men potentiellt mycket värdefullt verktyg. För att stärka användningen krävs:

- tydligare ansvarsfördelning och gemensam praxis
- ökad praktisk kunskap och enklare arbetssätt
- bättre systemstöd
- starkare fokus på patientens behov och delaktighet
- att SIP används i rätt skede (före eller efter sjukhusvistelse snarare än under)

Sammantaget behövs en tydligare organisatorisk riktning och samsyn för att SIP ska bli en naturlig del av samverkan och bidra till verklig patientnytta.

Nationell jämförelse

Den samlade analysen av genomförda intervjuer inom kommun, regional primärvård, Närhälsans planeringsteam och SÄS visar en påfallande hög överensstämmelse med slutsatserna i Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport ["SIP används för lite och för sent – många med stora behov saknar samordnad plan"](#).

Både den nationella rapporten och utfallet i Södra Älvsborg pekar entydigt på att:

- SIP inte används i den omfattning som lagstiftning och intention förutsätter,
- SIP inte når de individer som har störst och mest långvariga behov,
- SIP ofta initieras sent i vårdkedjan, när handlingsutrymmet redan är begränsat,
- SIP reduceras till ett möte eller informationsutbyte, snarare än ett levande verktyg för samordning över tid.

Den lokala kartläggningen bekräftar därmed den nationella problembeskrivningen, men tillför samtidigt en djupare förståelse för *varför* SIP används för lite i praktiken.

Ett centralt lokalt fynd är att SIP paradoxalt nog fungerar bäst vid enkla behov, trots att målgruppen enligt lag och nationella styrdokument är personer med komplexa, sammansatta och långvariga behov. I dessa komplexa situationer väljs SIP ofta bort, eftersom verktyget upplevs vara organisatoriskt tungt, otydligt ägt och resurskrävande.

- upplevs som ett ansvarstagande som "binder upp" tid och mandat,
- saknar tydlig struktur för uppföljning, avslut och kontinuitet,
- i slutenvård uppfattas som fel placerat i en akut kontext.

Detta ligger helt i linje med den nationella rapportens slutsats att problemet inte är brist på regelverk eller ambition, utan bristande organisatoriska och praktiska förutsättningar för att omsätta SIP i faktisk handling.

Sammantaget visar analysen att Södra Älvsborg inte avviker från det nationella mönstret, utan snarare utgör ett tydligt exempel på de strukturella hinder som Vård- och omsorgsanalys identifierar på nationell nivå. Rapport ["Sammordning med svårigheter"](#).

Förbättringsförslag

1. Tydliggör struktur och ansvar

- Klargör **vem som ansvarar för att initiera, leda och följa upp SIP**
- Skapa gemensamma spelregler – initiering ska inte innebära fullt ägarskap
- Tydligare roller (till exempel mötesledare och dokumentation)

2. Öka kunskap och praktisk kompetens

- Inför **praktisk, hands-on utbildning** i SIP och SAMSA för alla berörda
- Höj kunskap om **när och hur SIP ska användas i vardagen**
- Säkerställ att även hemtjänst och fast omsorgskontakt inkluderas
- Säkerställ att öppenvården SÄS inkluderas.

3. Förenkla arbetssätt och verktyg

- Gör **dokumentation och arbetssätt enklare och mer användarvänliga**
- Förbättra SAMSA/SIP-modulen så att de olika delarna hänger ihop.
- Integrera SIP i befintliga mötesforum i stället för att skapa parallella processer
- Skapa mötesforum för dialog där SIP kan initieras. (Veckovisa avstämningar. Projekt)
- Skapa rutin för "mångsökare" där SIP är ett verktyg.

4. Stärk patientperspektivet

- Säkerställ att SIP utgår från **patientens behov, vilja och frågor**
- Öka information till patienter om deras rätt till SIP och vad det innebär.
- Arbeta mer personcentrerat – inte organisatoriskt

5. Flytta fokus tidigare i vårdkedjan

- Initiera SIP **tidigare och mer förebyggande**, inte först vid utskrivning
- Skapa gemensamma förebyggande team äldre.
- Arbeta mer i primärvård, **öppenvård, socialtjänsten och i patientens hemmiljö**

6. Skapa organisatoriska förutsättningar

- Ge **ledningsstöd och tydlig prioritering**
- Säkerställ tid, resurser och incitament för SIP
- Inför stödresurser (till exempel SIP-samordnare)

7. Förbättra uppföljning och kvalitet

- Inför rutiner för **uppföljning, avslut och kontinuitet**
- Fokusera på **kvalitet och patientnytta** – inte antal SIP
- Se SIP som en **process över tid, inte ett enstaka möte**

Bilaga 1. Tabell intervju medarbetare kommunal primärvård

1. Vad är bilden av SIP?

Aspekt	Sammanfattat utfall
Grundläggande uppfattning	SIP ses som ett verktyg för samordnad och personcentrerad planering kring individen.
När SIP anses relevant	Vid komplexa behov, många vårdkontakter, psykiatri samt inom förebyggande team.
Erfarenhetsnivå	Varierar kraftigt; många saknar helt egen praktisk erfarenhet.
Yrkesgrupper	Sjuksköterskor och biståndshandläggare oftare involverade än hemtjänst/undersköterskor.

2. Vilka hinder finns för att SIP genomförs?

Identifierat hinder	Beskrivning
Kunskapsbrist	Otydlighet kring när SIP ska användas och hur processen går till.
Oklara roller	Osäkerhet om vem som ansvarar för kallelse, mötesledning, dokumentation och uppföljning.
Ansvarsupplevelse	Initiering upplevs innebära fullt ansvar, vilket skapar motstånd.
Tidsbrist	Särskilt vid utskrivning från slutenvård, där SIP inte ryms i processen.
Tekniska hinder	SIP-modulen i SAMSA upplevs som krånglig och svår att använda.
Alternativa arbetssätt	Samverkan sker i stället via andra forum, vilket minskar incitamentet att använda SIP.

3. Vad innebär det att initiera SIP?

Perspektiv	Sammanfattning
Dominerande tolkning	Att initiera SIP innebär att själv driva hela processen från start till mål.
Konsekvens	Många avstår från att initiera SIP trots identifierat behov.
Alternativ syn	Vissa ser initiering som att uppmärksamma behov och kalla till gemensam process, men detta är inte norm.
Kultur	Det finns en upplevd "backa-kultur" där andra aktörer lämnar över ansvaret till den som initierat.

4. Har deltagarna deltagit i någon SIP det senaste året?

Omfattning	Utfallsbild
Inget deltagande	Vanligt förekommande, särskilt inom hemtjänst och kommunal primärvård.
Enstaka SIP	Förekommer, ofta kopplat till psykiatri eller uppföljning efter utskrivning.
Regelbundet deltagande	Främst inom förebyggande team.
Mörkertal	SIP genomförs ibland utan registrering (till exempel på papper), vilket gör att de inte syns i statistik.

Identifierade utvecklingsbehov

Område	Beskrivet behov
Stödresurser	Tillgång till funktion/person med SIP-kompetens som kan avlasta administrativt.
Utbildning	Praktisk, hands-on-utbildning i SIP och SAMSA för berörda yrkesgrupper.
Tydligare mandat	Gemensamt beslut om ansvarsfördelning vid initiering.
Organisatorisk inriktning	Ledningsstöd och signal om att SIP ska användas mer aktivt.
Delaktighet	Ökad involvering av hemtjänst och fast omsorgskontakt.
Patientperspektiv	Bättre information till invånare om rätten att efterfråga SIP.

Bilaga 2. Tabell Intervju medarbetare regional primärvård

1. Vad är bilden av SIP?

Aspekt	Sammanfattat utfall
Grundsyn	SIP ses som ett i grunden bra och logiskt verktyg för samordning vid komplexa behov.
När SIP upplevs fungera	Vid multipla vårdkontakter, otydligt ansvar och komplex samsjuklighet.
Användningsgrad	Låg och ojämn; många deltar sällan eller mycket sporadiskt i SIP.
Professionell spridning	Stor variation mellan vårdcentraler och yrkesgrupper.
Alternativ till SIP	Ofta löses samverkan via SAMSA-meddelanden, telefonsamtal eller punktinsatser.

2. Vilka hinder finns gällande SIP?

Identifierat hinder	Beskrivning
Tidsbrist	Hög arbetsbelastning gör att SIP inte prioriteras.
Produktionslogik	SIP ger ingen direkt ersättning eller "poäng" i vårdvalssystemet.
Otydliga rutiner	Oklarhet kring när SIP ska initieras och av vem.
Kunskapsvariation	Osäkerhet kring praktiskt genomförande, dokumentation och uppföljning.
Logistik	Svårt att samordna tider och rätt deltagare, särskilt med kort varsel.
Skepsis	Upplevelse hos vissa att SIP inte alltid leder till konkreta resultat.

3. Vad innebär det att initiera SIP?

Perspektiv	Sammanfattning
Grundinnebörd	Att identifiera behov, inhämta samtycke, formulera syfte och kalla relevanta aktörer.
Ansvarsupplevelse	Initiering upplevs ofta som att ta ett stort samordningsansvar.
Praktisk hantering	Ofta lämnas genomförandet till särskilda funktioner (t.ex. SAMSA-ansvariga).
Osäkerhet	Vem "äger" SIP-processen är inte alltid tydligt.
Faktiskt mönster	Regional primärvård initierar sällan självmant SIP, trots identifierade behov.

4. Har deltagarna deltagit i någon SIP det senaste året?

Omfattning	Utfallsbild
Mycket låg frekvens	Flera anger endast enstaka SIP på flera år.
Några återkommande	Vissa verksamheter (t.ex. äldre- eller förebyggande team) använder SIP oftare.
Ojämlig fördelning	Skillnader mellan enheter snarare än mellan professioner.
Kvalitativ variation	Vissa SIP upplevs som mycket värdefulla, andra som ineffektiva.

Identifierade utvecklingsbehov

Område	Behov enligt intervjun
Utbildning	Gemensam, praktisk utbildning i SIP och SAMSA för alla yrkesgrupper.
Tydliga rutiner	Klarhet i när SIP ska användas och vem som ansvarar för vad.
Resurser	Mer tid och samordningsstöd, särskilt för läkare och rehabilitering.
Uppföljning	Rutiner för uppföljning och avslut av SIP.
Organisatoriska incitament	SIP behöver ges utrymme i styr- och ersättningsmodeller.
Patientinformation	Bättre information till patienter om SIP och deras rätt att efterfråga den.

Bilaga 3. Intervju medarbetare SÄS

1. Vad är bilden av SIP?

Aspekt	Sammanfattat utfall
Övergripande syn	SIP i slutenvården upplevs ofta som ett omdöpt vårdplanerings- eller SAMSA-möte.
Relevans i slutenvård	Låg, särskilt vid korta vårdtider och akuta tillstånd.
Upplevd funktion	Fokuserar på kortsiktiga utskrivningsfrågor snarare än långsiktig plan.
Alternativ	Avstämningsmöten upplevs som mer ändamålsenliga under vårdtiden.
Ideal placering	SIP bör ske i ett senare skede – i hemmet eller i primärvården.

2. Vilka hinder finns gällande SIP?

Identifierat hinder	Beskrivning
Korta vårdtider	Ger ingen möjlighet att bygga långsiktig plan eller samordning.
Tids- och resursbrist	Svårt att samla rätt aktörer inom vårdtiden.
Akut kontext	Patientens tillstånd försvårar delaktighet och framtidsplanering.
Otydliga roller	Oklarhet kring vem som ansvarar för initiering och mötesledning.
Samverkanssvårigheter	Låg svarsfrekvens och lång återkoppling från andra aktörer.
Dubbelarbete	SIP dokumenteras parallellt med SAMSA utan tydlig nytta.

3. Vad innebär det att initiera SIP?

Perspektiv	Sammanfattning
Grundtolkning	Att kalla till möte och starta hela SIP-processen.
Upplevt ansvar	Initiering uppfattas innebära ansvar för mötesledning, struktur och uppföljning.
Slutenvårdens hållning	SIP bör huvudsakligen initieras av primärvården.
Faktiskt arbetssätt	Slutenvården signalerar ofta behov via SAMSA snarare än att initiera själva.
Problem	Förväntan finns ibland att SÄS ska hålla SIP trots bristande förutsättningar.

4. Har deltagarna deltagit i någon SIP det senaste året?

Omfattning	Utfallsbild
Mycket låg	Flera har aldrig deltagit i SIP.
Enstaka deltagande	Några har deltagit i ett fåtal SIP under flera år.
Liknande möten	Deltagarna har oftare deltagit i avstämningsmöten.
Upplevd effekt	SIP leder sällan till tydliga mål, plan eller uppföljning.

Identifierade utvecklingsbehov

Område	Behov enligt intervjun
Tydligare ansvar	Klargör att primärvården har huvudansvar för SIP över tid.
Rätt vårdnivå	SIP bör genomföras i hemmet eller i öppenvård, inte i akut slutenvård.
Kompetensstöd	Utbildning i SIP:s syfte, struktur och mötesledning.
Dokumentation	Tydligare skiljelinje mellan SIP och SAMSA-planering.
Uppföljning	Rutiner för avslut, ansvar och återkoppling.
Förebyggande fokus	SIP tidigare i vårdkedjan för att minska återinläggningar.

Bilaga 4. Tabell intervju primärvårdens planeringsteam

1. Vad är bilden av SIP?

Aspekt	Sammanfattat utfall
Övergripande syn	SIP uppfattas ofta som ineffektivt när syfte saknas eller redan kan lösas i andra forum.
Legitima SIP	Framför allt vid långvarig slutenvård, rehabilitering och komplex ansvarsfördelning.
Felanvändning	SIP används ibland som ersättning för vårdplanering eller för att få tillgång till läkare.
Statistisk bild	Antalet SIP speglar inte nödvändigtvis faktisk patientnytta.
Grundhållning	SIP ska inte göras "för statistikens skull" utan med tydligt värde för patienten.

2. Vilka hinder finns för att SIP genomförs eller får effekt?

Identifierat hinder	Beskrivning
Otydligt syfte	Många kallelser saknar konkreta frågeställningar riktade till rätt aktör.
Begreppsförvirring	SIP blandas ihop med vårdplanering och andra samverkansformer.
Fel deltagare	Aktörer kallas trots att de inte har något reellt uppdrag i ärendet.
Bristande dokumentation	SIP-blanketten används inkonsekvent (mål, insatser, uppföljning saknas).
Resursåtgång	För- och efterarbete samt möten är mycket tidskrävande.
Patientens motivation	SIP utan patientens egen vilja eller frågor ger sällan resultat.

3. Vad innebär det att initiera SIP?

Perspektiv	Sammanfattning
Innebörd	Att ta ett helhetsansvar: förankra hos patienten, formulera syfte, kalla rätt aktörer och samordna.
Kvalitetskrav	Initiering kräver att behovet inte redan kan lösas inom ordinarie processer.
Roller	Planeringsteamet initierar ibland, men lämnar ofta över till vårdcentral eller kommun.
Flexibilitet	Initiativ kan tas olika långt – från rekommendation till full förberedelse av SIP.
Grundprincip	SIP ska initieras först efter att andra försök till samordning prövats.

4. Har deltagarna deltagit i SIP det senaste året?

Omfattning	Utfallsbild
Frekvens	Relativt få SIP totalt sett, sett ur Närhälsans perspektiv.
Typ av SIP	Majoriteten liknar traditionella vårdplaneringar snarare än "ren" SIP.
Geografiska skillnader	Variation mellan kommuner och vårdcentraler.
Specialfall	Förebyggande team och rehabiliteringspatienter står för fler legitima SIP.
Alternativa forum	Mycket samverkan sker informellt eller i andra strukturer utan att kallas SIP.

Identifierade utvecklingsbehov

Område	Behov enligt intervjun
Tydligare definition	När är SIP rätt insats – och när är det inte det?
Kvalitativ uppföljning	Fokus på effekt för patienten, inte antal SIP.
Patientperspektiv	Säkerställa att SIP utgår från patientens frågor och vilja.
Rätt nivå	SIP ska inte ersätta läkarbesök eller biståndsbeslut.
Effektivare arbetssätt	Mer löpande dokumentation och färre möten där det räcker.
Resurshantering	SIP behöver ses som en kostsam insats som används selektivt.

Bilaga 5. Tabell intervju SIP-samordnare SÄS

1. Vad är bilden av SIP?

Aspekt	Sammanfattat utfall
Grundsyn	SIP ska vara ett personcentrerat verktyg för samordning
Faktisk tillämpning	Ofta organisatoriskt möte (likt vårdplanering)
Perspektiv	Fokus ligger ofta på organisationens behov i stället för individens
Tidpunkt	Genomförs ofta sent – vid utskrivning i stället för tidigare i processen
Process vs möte	SIP ses ofta som ett enstaka möte men bör vara en process

Kärnbild: SIP fungerar idag mer som ett administrativt möte än ett personcentrerat arbetssätt.

2. Vilka hinder finns för att SIP genomförs eller fungerar?

Identifierat hinder	Beskrivning
Lagförvirring	Otydlighet mellan lag 2010 och 2018 påverkar arbetssätt
Organisatoriskt fokus	Möten utgår från struktur – inte individens behov
Sent i processen	SIP initieras när problem blivit komplexa och akuta
För höga förväntningar	Ett möte förväntas lösa långvariga problem
Stora möten	För många deltagare → ineffektivitet
Systemstöd	SAMSA upplevs svårt och kopplat till slutenvård
Ansvarsrädsla	Den som initierar upplevs få hela ansvaret
Kunskapsbrist	Låg praktisk vana i verksamheterna

Kärnproblem: Kombination av ansvarstyngd + komplexitet + otydlighet gör att SIP undviks.

3. Vad innebär det att initiera SIP?

Perspektiv	Sammanfattning
Dominerande tolkning	Initiera = ta fullt ansvar för hela processen
Konsekvens	Personal undviker att initiera trots behov
Alternativ syn	Initiera = påtala behov (men ovanligt synsätt)
Arbetsfördelning	Otydligt mellan aktörer
Kultur	”Svarte Petter”-effekt

Slutsats: Ansvarstolkningen är ett av de största hindren för användning

4. Hur används SIP i praktiken?

Område	Utfallsbild
Frekvens	Låg användning i de flesta verksamheter
Målgrupper	Används mer i psykiatri och vissa team
Hemtjänst	Sällan involverad trots central roll
Skola	Viktig målgrupp där SIP kan ge stor nytta
Öppenvård	Borde vara huvudarena men används för lite
Slutenvård	Får för stort fokus trots sämre förutsättningar

Mönster: SIP används för sent, på fel plats och med fel aktörer.

5. Identifierade utvecklingsbehov

Område	Behov
Arbetsätt	Se SIP som en process över flera möten
Förenkling	Kort, tydlig dokumentation – inte "uppsatser"
Roller	Tydliggör ordförande och sekreterare
Ansvar	Dela ansvar mellan aktörer
Utbildning	Praktisk träning i hur SIP genomförs
Organisation	Ledningsstöd och prioritering krävs
Delaktighet	Inkludera hemtjänst, skola och närstående
Tidpunkt	Flytta SIP till tidigare och stabilare skede

Bilaga 6. Tabell sammanfattning

1. Omfattning och faktisk användning av SIP

Perspektiv	Nationell rapport – Vård- och omsorgsanalys	Utfall Södra Älvsborg
Grundläggande iakttagelse	SIP används i för låg utsträckning trots lagkrav	SIP förekommer lågfrekvent i samtliga verksamheter
Spridning	Stor variation mellan regioner och kommuner	Tydliga lokala och organisatoriska skillnader
Målgrupper	Personer med stora behov får ofta ingen SIP	Sköra äldre och mångsökare särskilt underrepresenterade
Samlad bedömning	För få SIP genomförs	Lokalt utfall bekräftar nationell bild [vardhandboken.se]

2. Tidpunkt i vårdkedjan – när initieras SIP?

Perspektiv	Nationell rapport	Utfall Södra Älvsborg
Tidpunkt	SIP initieras ofta för sent	SIP aktualiseras ofta först vid utskrivning
Förebyggande potential	SIP används sällan i ett tidigt skede	Samverkan sker först när situationen blivit akut
Slutenvård	Akut kontext försvårar långsiktig planering	Slutenvården upplever SIP som felplacerad där
Samlad bedömning	Förseiad SIP minskar nyttan	Lokalt utfall speglar detta tydligt [vardhandboken.se]

3. Syfte, innehåll och faktisk användning

Perspektiv	Nationell rapport	Utfall Södra Älvsborg
Syftesförståelse	Otydligt när och varför SIP ska användas	Betydande begreppsförvirring (SIP = vårdplanering)
Innehåll	SIP stannar ofta vid informationsutbyte	Fokus på praktiska utskrivningsfrågor
Helhetsperspektiv	Helhetsgrepp om individens behov uteblir	SIP upplevs inte lösa komplexitet
Samlad bedömning	SIP används inte enligt intentionerna	Lokala erfarenheter bekräftar detta [vardhandboken.se]

4. Ansvar och initiering

Perspektiv	Nationell rapport	Utfall Södra Älvsborg
Ansvarsfördelning	Otydlig ansvarsfördelning är ett huvudproblem	Initiering upplevs som att "äga hela processen"
Lagstiftning	Det räcker att en part bedömer behov	I praktiken väntar aktörer på varandra
Konsekvens	SIP initieras inte trots behov	Låg faktisk användning lokalt
Samlad bedömning	Ansvarsfrågan bromsar SIP kraftigt	Identifieras tydligt i intervjuer [vardhandboken.se]

5. Uppföljning, kontinuitet och avslut

Perspektiv	Nationell rapport	Utfall Södra Älvsborg
Uppföljning	SIP följs sällan upp systematiskt	Uppföljning ofta otydlig eller saknas
Kontinuitet	SIP blir ett engångstillfälle	Ingen tydlig "ägare" över tid
Effekt för individen	Begränsad utan uppföljning	SIP upplevs sällan skapa varaktig förändring
Samlad bedömning	Strukturellt nationellt glapp	Samma mönster lokalt [vardhandboken.se]

6. Patient- och brukarperspektivet

Perspektiv	Nationell rapport	Utfall Södra Älvsborg
Delaktighet	Patienter ofta inte reellt delaktiga	Patienter saknar ofta förståelse för SIP
Självförmåga	De med störst behov har svårast att samordna själva	Anhöriga riskerar bli informella samordnare
Resultat	SIP missar de mest utsatta	Samma risk identifieras lokalt
Samlad bedömning	SIP når inte rätt målgrupper	Lokalt utfall bekräftar detta [vardhandboken.se]

Länkar

SIP

- [SIP används för lite och för sent – många med stora behov saknar samordnad plan](#)
- vardhandboken.se
- [Samordning med svårigheter](#)

Kunskap

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

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](#)

Effektmål

- [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 ...](#)
- [Ställningstagande Klinisk ledning Revidering av arbetsflödet i ViSam-vårdplanering och informationsöverföring i en samlad modell 2023-04-17](#)

- [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](#)
- [propositionen nästa steg för en god och nära vård 2025/26:19\)](#)
- [skapa förutsättningar](#)
- [Nästa steg för en god och nära vård](#)
- [Säker vård - alla gånger](#)
- [Process statistik - Samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård samt SIP - GITS - Gemensam information- och tjänstesamordning i Västra Götaland](#)