

# Omställningen till nära vård – ur GR-kommunernas perspektiv

Slutrapport från delprojekt 1  
i Vårdens medarbetare  
Anna Haglund och Lena Mogren  
Februari 2021





Göteborgsregionen (GR) består av 13 kommuner som har valt att jobba tillsammans. Vi driver utvecklingsprojekt, har myndighetsuppdrag, forskar, ordnar utbildningar och är storstadsregionens röst i Västsverige, bland mycket annat. I våra nätverk träffas politiker och tjänstepersoner för att utbyta erfarenheter, bolla idéer och besluta om gemensamma satsningar. Allt för att regionens en miljon invånare ska få ett så bra liv som möjligt.

Göteborgsregionen 2021  
Arbetsmarknad och social välfärd  
Projekt Vårdens medarbetare och Nära vård  
Box 5073, 402 22 Göteborg  
[gr@goteborgsregionen.se](mailto:gr@goteborgsregionen.se)

# Innehåll

Inledning .....	4
Ordlista .....	5
DEL 1: Bakgrund .....	6
Syfte och mål .....	8
Genomförda aktiviteter .....	8
DEL 2: Workshoppar: Möjligheter och utmaningar för kommunerna .....	11
Egenvård .....	11
Personcentrering .....	12
Digitalisering .....	15
Hälsofrämjande och förebyggande .....	18
Kompetensutveckling .....	19
Samverkan .....	22
Önskat generellt stöd i omställningen .....	26
Referenser .....	28

# Inledning

Du har nu framför dig resultatet av ett arbete kring nära vård som har genomförts med och för GR-kommunerna 2020.

I första delen av rapporten beskriver vi bakgrunden till projektet och vad vi har gjort. I den andra delen fokuserar vi på resultaten av de workshoppar som hållits under hösten 2020, där representanter från kommunerna har diskuterat möjligheter, hinder och behov av stöd i omställningen till nära vård.

Allra först i rapporten finns en ordlista med begrepp som förekommer i texten och vi presenterar även en del begrepp i faktarutor längs med textens gång. Sist hittar du referenser och namn på personer som varit en del av projektet.

Vi hoppas att rapporten ska ge dig och dina kollegor eller medarbetare dels en bild av vad projektet har genomfört under året men framför allt en nulägesbild av GR-kommunernas tankar, synpunkter och behov i den stora omställning mot nära vård som nu pågår. Vår förhoppning är att denna rapport kan ge vägledning och idéer i det fortsatta arbetet med nära vård.

Vi vill tacka alla som varit ett stöd i arbetet och ett särskilt tack till alla workshopdeltagare som så generöst och engagerat bidragit med kloka tankar och idéer!

**Anna Haglund** och **Lena Mogren**

Projektledare

Göteborg 2021



# Ordlista

<b>Apodos</b>	Apotekets dosförpackade läkemedel. Varje dospåse innehåller de läkemedel som du ska ta vid ett och samma tillfälle och är tydligt märkt med personuppgifter, vad påsen innehåller och när läkemedlen ska tas.
<b>Baspersonal</b>	Den personal som arbetar direkt med målgruppen inom äldreomsorg och funktionshinder. Det handlar främst om vårdbiträden, undersköterskor och motsvarande.
<b>BmSS – Bostad med särskild service</b>	Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS, avser en insats enligt LSS, som innebär en bostad som är anpassad för personer med fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar.
<b>Färdplan Nära vård</b>	Strategiplan som tas fram gemensamt av Västra Götalandsregionen och dess 49 kommuner. Planen ska ha en målbild fram till 2030. Väntas presenteras under våren 2021.
<b>GDPR</b>	Står för General Data Protection Regulation. Dataskyddsförordning som är till för att skydda enskildas grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd av personuppgifter.
<b>HSL</b>	Hälsa- och sjukvårdslagen. Reglerar åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.
<b>Kok-boken</b>	Krav- och kvalitetsboken beskriver det uppdrag och de krav som utförare inom regionens vårdvalssystem ska uppfylla. Det finns en KOK-bok för Vårdcentraler och en för Vårdval Rehab.
<b>LOV</b>	Lag om valfrihetssystem. Reglerar vad som ska gälla för de kommuner och regioner som vill konkurranspröva kommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster till brukaren eller patienten.
<b>LSS</b>	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Personer med funktionsnedsättning kan ha rätt till stöd enligt LSS. Exempel på insatser är personlig assistans, boende med särskild service och daglig verksamhet.
<b>MAS och MAR</b>	Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig för rehabilitering.
<b>SOL</b>	Socialtjänstlagen reglerar övriga arbetsuppgifter inom vård och omsorg som framför allt utförs av undersköterskor och övrig vårdpersonal inom hemtjänsten och äldreboende.
<b>Rehabpersonal</b>	Arbetsterapeuter och fysioterapeuter i kommunen.
<b>Stödassistent</b>	Stödassistenter arbetar med personer som har beviljats insatser enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).
<b>Särskilt boende</b>	Olika kommunala boendeformer som har anpassats för exempelvis äldre med stort behov av omsorg.
<b>Teammöten</b>	Tvärprofessionella möten där oftast sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom till exempel en enhet på särskilt boende eller i hemtjänsten diskuterar gemensamma patient- eller brukärenden.
<b>Vardagsrehabilitering</b>	Personal i vård och omsorg arbetar tillsammans med klienten med fokus på att hen själv ska klara vardagliga aktiviteter så långt det är möjligt.
<b>VGR</b>	Västra Götalandsregionen. Benämns ofta bara som "regionen" i denna rapport.
<b>Vårdsamverkan</b>	I Västra Götaland finns sex delregionala vårdsamverkansområden med representanter från kommun, primärvård och sjukhus: Göteborgsområdet, SIMBA, Fyrbodal, Skaraborg, Södra Älvsborg och SAMLÄ. Läs mer på <a href="https://www.vardsamverkan.se/organisation/delregionalvardsamverkan/">https://www.vardsamverkan.se/organisation/delregionalvardsamverkan/</a>



## Del 1: Om projektet Vårdens medarbetare



## Bakgrund

År 2016 presenterade regeringens utredare Göran Stiernstedt utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2). Utredningen beskriver bland annat att Sveriges sjukvård är väldigt sjukhustung och att det istället är primärvården som måste vara basen. Vården behöver anpassas efter dagens behov med en allt äldre befolkning, personer med olika kroniska tillstånd och allt fler som har komplexa behov som kräver annat stöd än sjukhusets.

Stiernstedts utredning utgjorde startskottet för bland annat utredningen kring Nära vård som letts av Anna Nergårdh. Anna Nergårdhs slutbetänkande "God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem" presenterades i mars 2020 (SOU 2020:19). Utredningen ska stödja organisationer i arbetet med att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Målsättningen är en strukturförändring av den svenska hälso- och sjukvården, som innebär att primärvården (kommunal hälso- och sjukvård inkluderad) blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården.

Det finns ingen entydig definition av Nära vård. Till exempel saknas begreppet i Socialstyrelsens termbank. Anledningen till detta är att det inte är någon ny vårdform eller ny benämning på primärvård utan beskrivs istället av utredningen som "ett nytt sätt att tänka – ett förhållningssätt kring hur man organiserar all hälso- och sjukvård med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov" (SOU 2020-19).

I ovan nämnda utredning beskrivs att närhet i detta sammanhang kan inbegripa geografisk närhet, relationell närhet och tillgänglighet. Nära vård kan också handla om en ökad användning av digitala lösningar som underlättar egenvård och vård i hemmet.

## Nära vård i kommunerna i Göteborgsregionen (GR)

Omställningen till nära vård berör i högsta grad landets kommuner. En fjärdedel av all hälso- och sjukvård bedrivs av kommunerna. (SCB, 2019)

Beskrivningen av nära vård och vad omställningen innebär för kommunerna är ibland svår att tolka ur ett kommunalt perspektiv. Det medför i vissa fall att kommunerna måste göra egna tolkningar och hitta egna lösningar på nya problem. Exempelvis har Västra Götalandsregionen sedan en längre tid arbetat med omställningen, och upplevelsen är att det inte alltid skett i takt med kommunerna trots att kommunerna påverkas av de förändringar som görs i regionen.

Projekt Vårdens medarbetare och Nära vård i GR har tillkommit för att stödja och stärka kommunerna i Göteborgsregionen att få en mer samlad bild av läget, en ökad samsyn kring olika begrepp och utgångspunkter samt ökad kunskap i frågor som gäller omställningen mot en nära vård.

Det övergripande GR-projektet Vårdens medarbetare finansieras av GR-kommunerna gemensamt via en nationell, statlig satsning på Vårdens medarbetare och nära vård. Satsningen fördelades till kommuner och regioner via SKR. GR-kommunerna tilldelades totalt cirka 36,8 miljoner varav 3,7 miljoner beslutades gå till den gemensamma satsningen på omställningen till nära vård, uppbyggnad av en digital kompetensplattform och Forskning och utveckling (FoU).

**Projekt Vårdens medarbetare är indelat i tre olika delprojekt:**

**Delprojekt 1** Vårdens medarbetare/Nära vård

**Delprojekt 2** Digital kompetensplattform

**Delprojekt 3** FoU-studier som belyser omställningen ur ett kommunalt perspektiv.

Denna rapport beskriver genomförande och resultat av **delprojekt 1** i Vårdens medarbetare/Nära vård.



# Syfte och mål

Syftet med projektet har varit att stödja kommunerna i arbetet med att utveckla den nära vården. Med ökad kunskap och samsyn kan omställningen ur ett kommunalt perspektiv synliggöras såväl inom som mellan kommunerna och ge stöd i fortsatta beslut och vägval.

Mer konkret var projektets uppgift att ge ökad kompetens om nära vård, en överblick av vad som redan pågår och en bild av hur GR-kommunerna ser på hinder, möjligheter och utmaningar i omställningen mot en nära vård.

# Genomförda aktiviteter

Projektet pågick under hela 2020 och innehöll flera olika aktiviteter som beskrivs kort nedan.

Under projekttiden har avstämningsmöten hållits med projektledarna för den region- och kommungemensamma färdplanen för nära vård samt processansvariga för de tre berörda Vårdsamverkansområdena, Socialchefs nätverket, samt Äldreomsorg och hälso- och sjukvårdschefs nätverket. Presentation och dialog har även genomförts med Göteborgs stads styrgrupp för Nära vård, GR:s förbundsstyrelse och sociala styrgrupp, MAS/MAR-nätverket, samt Funktionshinderchefs nätverket.

## Enkät

För att få en bra grund för projektet och för att kunna utarbeta utbildningar och workshoppar som var relevanta för mottagarna skickades en digital enkät ut till alla områdes- och verksamhetschefer för hälso- och sjukvård i GR-kommunerna. Enkäten fokuserade på kunskapsnivå, synpunkter och prioriteringar kring nära vård i respektive kommun. Även konkreta frågor om påbörjade aktiviteter kring nära vård ställdes. Enkäten fick få svar eftersom den tidsmässigt sammanföll med pandemins utbrott.

## Projektets organisering

**Initiativtagare och uppdragsgivare:** Socialchefs nätverket på GR.

**Målgrupp:** Chefer och medarbetare inom kommunal socialtjänst och hälso- och sjukvård som berörs eller kommer att beröras av omställningen mot nära vård.

**Styrgrupp:** Temaansvariga socialchefer; Erika Hägg, Partille kommun; Lena Lager, Härryda kommun; Shujaat Noormohamed, Tjörns kommun; Anette Johannesson, Göteborgs stad och Monika Bondesson, Lerums kommun.

**Referensgrupp:** Verksamhetscheferna Lotta Jonzén,

Lerums kommun; Ann-Charlotte Nyrén, Tjörns kommun; Ann-Sofie Borg, Ale kommun och Christina Wadell, Mölndals stad.

**Projektledare för delprojektet Vårdens medarbetare/ Nära vård:** Anna Haglund, planeringsledare, och Lena Mogren, projektledare, på GR.

**Sammanhållande för hela projektet Vårdens medarbetare:** Maria Ljung, planeringsledare för hälso- och sjukvård på GR.

**Kunskapsstöd:** Theresa Larsen, analytiker på FoU i Väst på GR, som också har varit projektledare för de forskningsstudier som genomförs i delstudie 3.



## Kickoff Vårdens medarbetare

På grund av coronapandemin fick den kickoff som skulle ha hållits den 1 april 2020 ställas in. En ny kickoff i digitalt format genomfördes istället den 1 september. Syftet var att informera om nära vård, presentera preliminära forskningsresultat, berätta om de olika delprojekten och höstens kommande workshoppar samt skapa intresse och kunskap om projektet i sin helhet. De tre delprojekten presenterades tillsammans med olika aktuella processer och aktiviteter kopplade till nära vård i vår region. Kickoffen inleddes av två av de socialchefer som ingår i projektets styrgrupp. Deltog gjorde 85 personer från GR-kommunerna, såväl chefer som medarbetare. Dokumentation från kickoffen finns på projektets hemsida.

## Film om projekt Vårdens medarbetare/nära vård

Inom ramen för projektet producerades en kort film. Fokus för filmen är att beskriva projekt Vårdens medarbetare och att genom intervjuer med chefer och medarbetare i GR-kommunerna och Västra Götalandsregionen få en bild av vad den nära vården kan innebära för kommunerna. Filmen finns publicerad på projektets hemsida.



## Seminarier och föreläsningar

Under projekttiden arrangerades fyra seminarietillfällen. Inbjudan skickades ut via berörda nätverk och GR:s nyhetsbrev. Totalt deltog cirka 150 personer på dessa seminarier – chefer och medarbetare från GR-kommunerna. Materialet spelades in och publicerades på projektets hemsida.

**Seminarium 1:** Johan Lindström, förvaltningschef i Eskilstuna kommun föreläste om omställning till nära vård med hjälp av bland annat digitalisering och intensiv hemrehabilitering.

**Seminarium 2:** Magnus Zingmark, biträdande forskare CASE vid Lunds universitet, FoU-ansvarig Hälsosamt åldrande Östersund, och gästforskare på Epidemiologi Global hälsa vid Umeå universitet, pratade om nyttan av förebyggande och hälsofrämjande åtgärder i kommunal hälso- och sjukvård.

**Seminarium 3:** Sara Riggare, doktorand i hälsoinformatik vid Karolinska institutet och så kallad spetspatient om personcentrering och egenvård (inställd)

**Seminarium 4:** Sammanställning av erfarenheter av projektet Vårdens medarbetare under året där resultat från workshoppar och forskningsstudier presenterades liksom det pågående arbetet med att bygga upp en digital lärplattform.

## Workshoppar – deltagare och upplägg

### Deltagare

Totalt deltog cirka 230 deltagare på workshopparna. Tolv GR-kommuner deltog. Kungsbacka kommun tackade nej till deltagande eftersom de tillhör en annan sjukvårdsregion. De yrkesgrupper som representerades var bland annat socialchefer, verksamhetschefer, enhetschefer, MAS:ar, MAR:ar, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor, samordnare och verksamhetsutvecklare.

Varje kommun erbjöds två workshoppar, en för berörda medarbetare och en för ledningsfunktion. Alla workshopparna erbjöds i digitalt format på grund av den rådande pandemin. Inbjudan skickades ut i augusti 2020. Varje workshop omfattade 1,5 timmar och hölls under tidsperioden oktober 2020 till och med januari 2021.

### Innehåll

Workshopparna inleddes med en beskrivning av nära vård med utgångspunkt i utredningen om nära vård (SOU 2020:19). Därefter beskrevs vad som görs kopplat till nära vård på nationell och regional nivå. Slutligen diskuterades de sex fokusområden som utgör tyngdpunkten i olika utredningar och beskrivningar av nära vård.

#### Fokusområdena som diskuterades var:

- Egenvård
- Personcentrering
- Digitalisering
- Hälsöfrämjande och förebyggande
- Kompetensutveckling
- Samverkan

Det fanns utrymme för dialog och interaktion med hjälp av en digital whiteboard för samarbete, (Jamboard/Menti) för att fånga upp upplevda möjligheter, hinder och behov av stöd kopplat till nära vård. Innehållet sammanställdes senare och presenterades i seminarium 4. Varje kommun fick även ta del av presentationer och sina digitala whiteboard-anteckningar i mailutskick efter workshopparens slut.



I det sista seminariet presenterade Anna Haglund, Theresa Larsen, Doris Lydahl och Lena Mogren arbetet inom projektet Vårdens medarbetare/Nära vård.

## Del 2: Resultat av workshoppar

# Workshoppar: Vilka möjligheter och utmaningar ser kommunerna?

Nedan beskrivs det samlade resultatet av höstens workshoppar. Resultatet speglar hur workshopdeltagarna ser på omställningen mot en nära vård kopplat till de fokusområden som är centrala för omställningen. Materialet belyser deltagarnas bild av hur det ser ut idag i kommunerna och vad man anser behöver göras framöver för att möjliggöra omställningen i GR-kommunerna.

## Egenvård

Nära vårdutredningen (SOU2020:19) beskriver egenvård som en av framgångsfaktorerna för en nära vård. Utredningen menar att egenvård bidrar till en nära vård och att individen får möjlighet att leva sitt liv med färre kontakter med hälso- och sjukvården. Egenvården kan stärkas genom ett tydligare förebyggandeperspektiv, ett personcentrerat förhållningssätt och ibland med hjälp av digitala hjälpmedel.

## Synpunkter från workshopdeltagarna

När det gäller egenvård så trodde de flesta workshopdeltagarna att fler patienter och brukare skulle kunna sköta sin egenvård, men att det kräver att den enskilde ges utbildning och tillgång till stöd vid behov.

**Otydlighet och okunskap** hos personal inom både kommun och region angående egenvård nämns av workshopdeltagarna som ett hinder. Det kan finnas olikheter i hur man tolkar egenvårdsansvaret internt i kommunen men också olika synsätt mellan kommun och region. Detta nämns som en orsak till att egenvård inte tillämpas så ofta som det skulle kunna. Här efterfrågas mer kunskap och förtydligande inom alla berörda verksamheter.

Ibland nämns egenvård som ett **krångligt administrativt system** som motverkar ett personcentrerat synsätt och att man i många fall borde kunna ha en dialog med patienten istället för en särskild bedömning.

”Vår förvaltning behöver bättre kunskap om vad egenvård är. Vad innebär egenvård?”

## Egenvård

Hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen.

(Källa SOSFS 2009:6)

Exempel på egenvård kan vara injektioner, omläggningar eller läkemedelsbehandling.



Flera deltagare ansåg att **regionen ibland trycker på** för att patienten ska bli inskriven i kommunal hälso- och sjukvård istället för att föreslå egenvård.

Ett exempel som nämns är att vårdcentralsläkaren önskar inskrivning i hemsjukvården för läkemedelsövertag även om sjuksköterskan bedömt att ApoDos, som patienten hanterar själv, skulle vara ett bättre alternativ och som ger patienten större självständighet.

När personen flyttar från eget till **särskilt boende** sker ofta per automatik övertag av all vård även om personen själv skulle kunna sköta delar av denna, exempelvis sina mediciner. Detta gäller även personer på korttidsboende där man ofta vistas för att träna upp sig för ökad självständighet. Deltagarna nämner också att man i fler fall än idag skulle kunna återge hela eller delar av ansvaret till patienten när hen till exempel blivit pigga efter sjukhusvistelse.

”Utifrån korttiden kan vi erkänna att vi sällan tänker in egenvården. Denna bedömning görs inte förrän man åker hem. Borde jobba med denna fråga mer.”

## Projektledarnas kommentarer

Med ökad kunskap och samsyn om egenvårdsbegreppets innebörd och hantering, hos såväl regionens läkare som kommunens legitimerade personal, baspersonalen och biståndshandläggarna, kan egenvården och därmed självständigheten öka hos de patienter och brukare som vill och klarar av att hantera hela eller delar av sin vård.

Socialstyrelsens föreskrift om egenvård ses för närvarande över och kan komma att förändras inom kort. Det innebär att kompetensutveckling och förtydligande bör följa denna förändring.

## Personcentrering

Personcentrering sägs ofta vara kärnan i den nära vården och handlar om att ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter och kunskaper i den vård som ges (SKR 2020). Även om man i den kommunala vården och omsorgen i stort tycker att man arbetar personcentrerat, så ser man också områden som kan förbättras.

## Synpunkter från workshopdeltagarna

I alla workshoppar nämns att man vill arbeta mer personcentrerat men att en del rutiner och strukturer motverkar arbetsättet. Deltagarna såg en ökad möjlighet för patienter och brukare att få större inflytande och att individens behov kommer





i centrum genom att fokus hamnar på vad som är viktigt för individen.

**SIP och IBIC** lyfts av workshopdeltagarna som metoder som bidrar till ett mer personcentrerat arbetssätt. SIP används visserligen mer och mer men många anser att det kan användas oftare. Workshopdeltagarna uppger att IBIC inte är implementerat i alla kommuner.

”I hemsjukvården används SIP bara vid mer komplexa fall. Man märker att olika aktörer haft olika dialoger och det uppstår missförstånd och olika synsätt.”

**Fast vårdkontakt** uppges av deltagarna vara en viktig förutsättning för en personcentrerad vård. Workshopdeltagarna anser att det ibland saknas en samsyn i regioner och kommuner om vad detta innebär. Deltagarna beskriver också att en stor omsättning på läkare i såväl primärvården som specialistvården är ett hinder för att den fasta vårdkontakten ska ge patienten trygghet.

**Digitala redskap** som finns redan idag skulle kunna användas oftare för ökad personcentrering anser workshopdeltagarna. Exempelvis skulle ronder och konsultationer med läkaren (där patienten också deltar) kunna ske via videosamtal. Detsamma gäller teammöten, där patienter sällan deltar idag. Att i större utsträckning dokumentera med bärbar dator eller surfplatta hemma hos patienten nämndes också.

**Teammöten** som hålls idag uppges inte bidra till personcentrering. Workshopdeltagarna berättade att man inte har med sig patienter och brukare på teammöten, varken på boenden eller vid teammöten kring patienter och brukare i ordinärt boende. Däremot försöker många ha en dialog med den enskilde inför och efter mötet. Många nämner dock att det skulle ge en ökad personcentrering om det var möjligt för patienten att delta.

”Vi har teamträffar men här är inte patienten med, det är ju egentligen inte okej. Vi kan planera insatser utifrån vad vi tycker är ett problem, men det kanske inte är patienten som upplever det”

Att patienten erbjuds delta vid rondan med läkaren lyfts som ett steg mot ökad personcentrering. Detta görs bara i vissa fall. Här skulle man vid behov kunna koppla upp och få ”träffa” sin läkare digitalt.

Många av de sjuksköterskor som deltog har idag med sig datorer på hembesök för att kunna kontrollera till exempel provsvar och vårdplaner, men få dokumenterar på plats hemma hos patienten. Detta nämns som något man vill utveckla både av effektivitetsskäl och för ökad patientdelaktighet. Många framhåller att patienter i högre grad bör göras delaktiga och ges

## Individens behov i centrum (IBIC)

Ett arbetssätt i arbetet med personer oavsett ålder eller funktionsnedsättning utifrån socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Arbetssättet ger stöd för både handläggare och utförare att dokumentera med gemensamt språk inom den process som individen genomgår i socialtjänsten. Syftet är att individens stöd utgår från personens individuella resurser, behov och mål så att stödet blir individuellt anpassat.

(Källa: Socialstyrelsens vägledning *Individens behov i centrum*)

## Samordnad individuell plan (SIP)

Samordnad individuell plan ska upprättas tillsammans med brukare och patient om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas.

SIP ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna – det gäller oavsett personens ålder eller problem.

Planen ska tydliggöra vem som gör vad och när.

(Källa: *Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)*)

## Fast vårdkontakt

Hälso- och sjukvården ska ansvara för samordning och koordinering av vårdinsatserna genom en fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt kan utses i alla verksamheter och ska ha ansvar för samordning.

Syftet är att skapa tydlighet för patienten kring nästa steg i vård och behandling, för att ge trygghet, kontinuitet och helhet.

(Källa, *SOU 2019:20*)



tillgång till sin egen **vårdplan, rehabplan och genomförandeplan** för att skapa ökad personcentrering.

Någon nämner också att det skulle vara tydligare för både patient och verksamhet om det fanns en plan som alla professioner har tillgång till istället för flera olika. Organisationsgränser och olika journalsystem och lagrum skapar hinder. Möjligheten att äga sin egen journal nämns som ett sätt att komma runt detta och som en möjlighet att ge ökad makt till patienten. Genom att patienten, istället för de olika vårdgivarna, äger journalen och delar med den de önskar skulle kanske en större delaktighet och personcentrering kunna uppnås.

**Ledning och styrning** ses som viktiga förutsättningar för personcentrering enligt workshopdeltagarna. De menar att chefer måste vilja att personalen ska arbeta personcentrerat och skapa förutsättningar för det. De ser det också som viktigt att alla får utbildning i personcentrering så att man har samma bild av vad det innebär i praktiken.

Några workshopdeltagare lyfter också att de upplever en risk med ett för stort fokus på personcentrering; Alla patienter vill inte vara delaktiga och ta eget ansvar. Man upplever också att det finns en risk att det krävs för mycket av patient och anhöriga. Detta tror man dock kommer att förändras med kommande generationer.

## Projektledarnas kommentarer:

Workshopdeltagarna nämner många förslag på hur verksamheten kan bli mer personcentrerad men att det krävs ökad kunskap hos alla om vad personcentrering är och en tydlig vilja hos ledning och chefer att förändra. Personcentrering som begrepp används främst av hälso- och sjukvården, inte av övrig personal, vilket kan försvåra implementering. Ett steg i att öka personcentreringen kan därför vara att enas om en gemensam definition, eller klargöra begreppet.

Förändrade rutiner, mötesformer och digitala möjligheter nämns som konkreta förslag mot ökad personcentrering. Även **Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM)**, och nya journalsystem kan ge ökade förutsättningar för samsyn när alla involverade instanser har tillgång till den enskildes journal.

## Vårdplan/Rehabplan, HSL

Vårdplanen innehåller de diagnoser (problem, risker) och mål som identifierats för och tillsammans med patienten, åtföljt av åtgärder och ordinationer.

(Källa: Vårdhandboken, 2020)

## Genomförandeplan, SoL/LSS

Genomförandeplanen beskriver hur en insats ska genomföras.

(Källa: Socialstyrelsen, 2014)

## Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM)

FVM är ett samarbete mellan Västra Götalandsregionen (VGR), privata vårdgivare med avtal med VGR, och de 49 kommunerna i Västra Götaland som i olika grad kommer att använda journalsystemet Millennium.

(Källa: VGR, Framtidens vårdinformationsmiljö, 2018)

## Digitalisering

Välfärdsteknik och digitalisering framhålls också som viktiga delar för att få en mer nära vård (SOU 2020:19). **Välfärdsteknik** framhålls av deltagarna kunna ge ökad trygghet och självständighet, fördröja behovet av särskilt boende och minska behovet att uppsöka vårdcentral. Den antas också kunna bidra till en effektivare vård och omsorg och en modernare, attraktivare arbetsplats.

Exempel på välfärdsteknik som finns i en eller flera av Göteborgsregionens medlemskommuner:

- Trygghetskameror
- Digitala lås
- GPS-larm
- Digitala inköp
- Digitala trygghetslarm
- Digital signering (oftast på särskilt boende, sällan i hemsjukvården)
- Digitala medicinskåp
- Läkemedelsrobot (ej infört, bara testat)
- Bärbara datorer med möjlighet att dokumentera på distans
- Vårdplanering via Skype
- NPÖ - konsument, dvs enbart läsbehörighet
- SAMSA

### Synpunkter från workshopdeltagarna

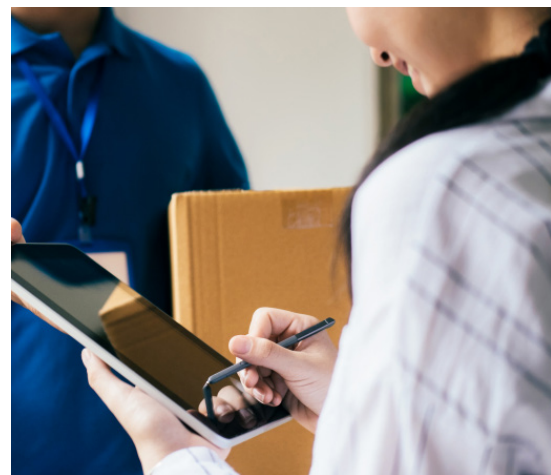
Workshopdeltagarna såg stora möjligheter med digital teknik i sina verksamheter. Man nämnde digitalisering som en effektiviseringsmöjlighet, en kvalitetshöjning, en väg till en attraktivare arbetsplats och en ökad trygghet och självständighet för patienter och brukare. För att digital teknik ska få dessa effekter behövs dock bättre förutsättningar och rutiner. Mycket av den teknik som redan finns idag används inte eller fungerar dåligt. Några lyfte också riskerna med digitalisering – att patienter och brukare riskerar att bli mer isolerade, mer osjälvständiga och få en sämre vård och omsorg om teknik införs som den enskilde inte klarar att hantera. Även anhöriga som har svårt med tekniken riskerar att drabbas.

**Digital signering** beskrivs av workshopdeltagarna som en väldigt bra lösning, som ökar patientsäkerheten och sparar tid. Några kommuner som inte infört detta än nämner att de vill ha en sådan lösning.

### Välfärdsteknik

Digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning.

*(Socialstyrelsens termbank)*



### Digital signering

Omvårdnadspersonal, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor signerar utförda hälso- och sjukvårdsinsatser i en app i sin arbetstelefon. Digital signering ersätter manuella signeringslistor för hälso- och sjukvårdsinsatser som är delegerade eller som finns som en ordination/instruktion.

*(Källa [Ringla.nu](https://www.ringla.nu), 2020)*

”Vi har ingen digital signering – men det hade besparat oss mycket tid. Idag är det mycket pappershantering och osäkert.”

**Digital konsultation och digitala besök** används av läkare i exempelvis Kry-appen. Är detta en väg kommunen också ska gå? Det skulle kunna användas av både patient och personal. Sjuksköterskor ser stora möjligheter i att exempelvis kunna ta kort på sår och konsultera specialist. Även hemtjänstpersonal skulle kunna konsultera sjuksköterskan på detta sätt. Att fotografera exempelvis en förflyttningsmetod med mobilen för att lägga in i journalen eller kunna gå igenom med en arbetsgrupp ses också som en enkel möjlighet med dagens teknik, men även där finns tveksamheter kring vad man får göra och hur det ska hanteras ur sekretesssynpunkt. I någon kommun har man testat att konsultera logoped digitalt och då enkelt kunna anpassa en matsituation. Men här finns en osäkerhet kring vad man får och inte får göra som bromsar utvecklingen berättar workshopdeltagarna.

**Digitala möten** i och mellan personalgrupper uppges ha ökat under pandemin och här ser många möjligheter att även kunna ha teammöten, SIP-möten och möten med läkare digitalt. Man uppger såväl tidsvinster för personalen som trygghet och delaktighet för patienten. Men även här finns en osäkerhet kring vad man får göra med tanke på sekretess och GDPR.

**Telefoner med SITHS-identifiering** används på vissa håll för en säker kommunikation – men här har inte tekniken fungerat fullt ut vilket skapat frustration och merjobb.

Bärbara datorer nämns både när det gäller personcentrering och digitalisering. De används av sjuksköterskor i flera kommuner (inte alla). Man ser stora tidsvinster och möjlighet till ökad patientsäkerhet, personcentrering och delaktighet i att kunna dokumentera direkt vid hembesöket.

”Vore smidigt att dokumentera när man är ute. Nu skriver vi på eftermiddagen – det tar tid och man missar.”

**Nationell patientöversikt (NPÖ)** nämns som ett bra system för informationsöverföring, men här är inte alla kommuner med idag.

För att kunna använda den teknik som redan finns och kunna införa ny teknik beskriver workshopdeltagarna att en rad förutsättningar behövs:

- **Ökad digital kompetens** – både generell kompetens hos alla anställda och specifika resurser, till exempel i form av särskilda expertpersoner i verksamheten som kan ge snabbt stöd vid behov.
- **Rutiner och stöd** för att bedöma vilka patienter och brukare som klarar vilken slags digital teknik och vilka



## SITHS

SITHS är en elektronisk identitetshandling som används för säker identifiering av både personer och system inom regioner, kommuner, privata vårdgivare och statliga myndigheter. SITHS används till exempel vid inloggning i tjänster, för elektronisk signering och för säker kommunikation mellan system.

(Inera 2020)

## Nationell patientöversikt (NPÖ)

NPÖ är ett webbaserat verktyg för sammanhållen journalföring. Med NPÖ kan behörig vårdpersonal ta del av information som finns i patientens journal hos andra vårdgivare i Sverige oavsett journalsystem. För att få åtkomst till NPÖ krävs en vårdrelation med patienten och patientens samtycke.

(Källa Inera 2020)

som ska ha annat stöd. Workshopdeltagarna föreslår att IBIC skulle kunna ge stöd i att bedöma de förmågor som krävs för att använda ett digitalt hjälpmedel.

- **Stöd till brukare i att lära sig hantera digital teknik.** Här nämns bland annat kurser som hålls på träffpunkter men också stöd i form av så kallad ”digital insats” som finns i några kommuner.
- **Handlingsplaner för digitalisering** i kommuner och verksamheter och speciella digitaliseringsstrategier eller utvecklare ses som viktiga förutsättningar i denna utveckling.
- **Gemensamma journalsystem** eller journalsystem som kan ”prata” med varandra ses som en viktig och självklar del av digitaliseringsutvecklingen.
- **Samverkan med regionen** är viktig menar flera workshopdeltagare – ”att vi har samma syn på hur vi ska kommunicera digitalt men också en plan för infrastrukturen i den enskildes hem – så att vi inte fyller hemmen med olika prylar som inte kommunicerar”.

Olika policyfrågor och strategiska frågor lyftes också på workshopparna. Det har bland annat handlat om vem som ska bekosta ny digital teknik. Vad ska den enskilde stå för och vad ska samhället bekosta? Kan vi kräva att alla ska ha en smartphone eller surfplatta och internetuppkoppling? Vem ska stå för vissa medicintekniska produkter som exempelvis läkemedelspumpar? Är det kommunens eller regionens ansvar? Vem ska bestämma hur stöd ska ges? Ska den enskilde få välja mellan trygghetskamera och tillsynsbesök eller ska individen beviljas ”digitalt först”?

## Projektledarnas kommentarer

Efter våra workshoppar framstår det som tydligt att många kommuner efterlyser stöd kring den digitala tekniken. Det kan handla om stöd i form av kompetenshöjning, verksamhetsstöd, teknisk support och tydliga strategiska planer och beslut.

De nämner också vikten av modiga chefer och stöd i att skapa nya rutiner som tydliggör vad man får och inte får göra med befintlig digital teknik. Det finns ny teknik som kan implementeras, men också exempelvis bärbara datorer och mobiler som redan nyttjas i verksamheterna. Hur kan dessa skapa en närmre, effektivare, mer personcentrerad och säker vård?





## Hälsofrämjande och förebyggande

Enligt utredningen Nära vård ska vården och omsorgen i framtiden arbeta mer för att förebygga ohälsa (SOU 2020:19). Nära vård innebär att skifta fokus från reaktiv till mer proaktiv vård. I utredningen betonas att denna omställning, förutom att den gynnar den enskilde, också är helt nödvändig om resurserna i framtiden ska räcka till.

### Synpunkter från workshopdeltagarna

Deltagarna ansåg att den kommunala vården och omsorgen måste arbeta mer förebyggande så att äldre till exempel kan bo kvar hemma längre. Det är också en fråga om att få resurserna att räcka.

”Vi måste börja med dem vi redan har hos oss!”

**Workshopdeltagare med rehabbakgrund** såg positivt på en omställning till mer proaktiva insatser – idag arbetar man nästan bara reaktivt. Som arbetsterapeut eller fysioterapeut upplever man att man ofta kommer in för sent för att arbeta förebyggande och istället får göra akututryckningar när försämringen i patientens eller brukarens förmåga redan har skett. Förslag kom upp om att arbetsterapeut och fysioterapeut kan kopplas in redan då enklare insatser som exempelvis städning beviljas – för att förebygga ökande behov.

”Vi på rehab kommer in för sent för att arbeta förebyggande. Vi skulle kunna göra mycket om vi kom in tidigare.”

Workshopdeltagarna föreslog att **biståndshandläggaren** kan ha en viktig roll i det förebyggande arbetet och upptäcka tidiga behov där förebyggande insatser skulle kunna initieras, kanske redan på sjukhuset.

Deltagarna upplevde också att det behövs en ökad kompetens kring **vardagsrehabilitering**, särskilt inom hemtjänsten och på korttidsboenden. Här ser man behov av både utbildning och utökat stöd från rehabpersonalen.

Några av de **sjuksköterskor** som deltog på workshopparna uppgav att de gärna skulle vilja jobba mer förebyggande, men att de idag inte upplever sig ha det uppdraget.

**Kvalitetsregistret Senior Alert** används i de flesta GR-kommuner som ett verktyg i det förebyggande arbetet för äldre personer, framför allt på särskilt boende men i mindre utsträckning i hemsjukvården. Många ser att Senior Alert är ett bra verktyg för teamarbetet kring patienten i både ordinärt och särskilt boende, men att man behöver öka användningen och arbeta med det mer systematiskt.

”Vi behöver arbeta mer med Senior Alert än vi gör idag!”



### Senior Alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, det vill säga prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.

(Källa [senioralert.se](http://senioralert.se), 2021)



Vårdcentralens ansvar upplevs som oklart: Någon ansåg att vårdcentralerna styrs av **KOK-bokens** ersättningssystem och att man därför inte är så intresserade av exempelvis fallförebyggande arbete. Sådana insatser landar då ofta på kommunens bord.

**Folkhälsosamordnarna** nämndes också som viktiga aktörer i detta arbete. En folkhälsosamordnare arbetar på organisations- och samhällsnivå med att samordna en regions eller en kommuns folkhälsoarbete.

## Projektledarnas kommentarer

De flesta deltagare ansåg att kommunerna bör arbeta mer proaktivt och förebyggande än idag men man är osäker på hur det kan göras och om det fungerar utan utökade resurser. Några förslag som ändå nämns är att rehabpersonal bör kopplas in i ett tidigare skede, att baspersonalen får mer kunskap om vardagsrehabilitering och att man tydliggör den legitimerade personalens uppdrag gällande hälsofrämjande och förebyggande insatser.

## Kompetensutveckling

För att arbeta i kommunens hälso- och sjukvård och omsorg nu och i framtiden krävs ett kontinuerligt lärande. Fler multijuka personer med behov av stöd från flera olika vårdgivare kräver att kompetensen finns där patienten finns. Omställningen till en nära vård, där allt mer vård ges i hemmet, kommer att kräva nya arbetssätt och nya arbetsuppgifter vilket kräver både ny och högre kompetens hos kommunens vård- och omsorgspersonal.

## Synpunkter från workshopdeltagarna

Deltagarna resonerade kring vilken kunskapsnivå som behövs i kommunernas vård- och omsorgsverksamheter. Ska man ha en generellt sett högre kompetens, en högre kompetens hos vissa personer eller bättre tillgång till regionens kompetens?

I workshopparna nämns alla dessa alternativ. **Baspersonalens** kompetens behöver höjas generellt men man ser också behov av fler spetsutbildade undersköterskor och att både grundutbildade och spetsutbildade undersköterskors kompetens nyttjas rätt. Flera ansåg att undersköterskor i kommunerna behöver träna sig på att utföra praktiska moment så som att ta blodtryck, blodprov och venprover. Man lyfte också att detta kan höja status och attraktivitet för yrket.

”Vi har många duktiga undersköterskor, med det blir oro när man ska jobba med annat än den basala omvårdnaden.”



Några lyfte också att kompetensen hos personal som arbetar med brukare som har **bostad med särskild service (BmSS)** behöver öka. Här arbetar ofta stödassistenter som saknar undersköterskeutbildning, vilket kan innebära risker när brukare behöver stöd med medicinska insatser.

Många ansåg att **legitimerad personal** i kommunerna behöver ha bättre tillgång till fortbildning, men också att fler personer med specialistutbildning och spetskompetens behövs, exempelvis inom geriatrik. Flera workshopdeltagare önskade att det tydliggörs vilken kompetens varje yrkesgrupp i kommunal vård och omsorg ska ha och att alla medarbetare har en kompetensutvecklingsplan, så att kunskapsluckor fylls igen och rätt fortbildning erbjuds.

Workshopdeltagarna ansåg att det behövs bättre rutiner och **stöd från läkare och annan personal i regionerna** efter utskrivning från sjukhus. Flera tryckte särskilt på att tillgången till de specialister som nu finns inom regionernas specialist- och slutenvård, exempelvis dietister, kuratorer och logopeder, måste öka om mer vård ska kunna ges i hemmet istället för på sjukhus. Tillgången till dessa kompetenser måste säkras för att vårdkvaliteten ska förbli densamma hemma som på sjukhus.

## Åtgärdsförslag

Workshopdeltagarna hade en rad förslag på åtgärder för att råda bot på de kompetensbrister som identifierats.

**Expertråd:** Ett var att skapa en gemensam kompetensbas för svårare fall där personer med specialkunskaper finns som stöd, så att inte alla behöver sitta på kunskap som sällan används i kommunerna. Ett förslag som lyfts är att kommunen bildar särskilda expertråd där den fördjupade kunskapen kan samlas som en resurs för verksamheten.

Flera lyfte att en ökad samverkan mellan professionerna i kommunen och bättre kunskap om varandras roller och uppdrag bäddar för en bättre kompetens på helheten. Teamarbetet framhölls som centralt för att nyttja kompetensen på bästa sätt.

”Jag tänker också att vi behöver arbeta mer teambaserat. Det genererar mycket att vi samarbetar. Höjd kompetens och effektivitet.”

**Evidens och forskning:** Många nämnde att kommunerna behöver ha ett närmare samarbete med olika lärosäten och FoU-enheter. Om mer vård ska ges utanför sjukhusen behöver också forskningen flytta ut. Kommunerna behöver skapa en levande forskningskultur och aktivare implementering av evidensbaserad vård. Endast ett fåtal av GR:s medlemskommuners legitimerade personal har tillgång till vetenskapliga



databaser. Man vill också kunna ta del av utbildningsinsatser från specialistmottagningar, exempelvis kring lungmedicin, dialys, trakeostomivård och palliativ vård.


**Digitala utbildningar:** Deltagarna i workshopparna efterfrågar också digitala, lättillgängliga utbildningar som kan sättas in direkt när behov uppstår. En GR-gemensam kompetensplattform önskas.

**Kombinerade tjänster:** En annan idé som nämndes är att ha kombinerade tjänster, där läkare, sjuksköterskor, rehabpersonal eller undersköterskor kan arbeta halvtid i kommunen och halvtid i regionen. Sådana kombinationstjänster skulle kunna leda till ökad förståelse för varandras verksamheter och därmed förbättrad samverkan och ökad kompetens.

**GR:s roll:** Workshopdeltagarna framhåller att GR har en viktig samordningsroll i arbetet med omställningen till en mer nära vård i kommunerna. Flera framhåller också att de gärna ser att GR tydliggör begrepp och ”luddigheter” kopplat till omställningen samt genomför utbildningsinsatser. Man ser även att GR skulle kunna stödja medlemskommunerna i att informera allmänheten om omställningen.

### **Identifierade områden med behov av kompetenshöjning:**

- En högre generell baskompetens för undersköterskor och vårdbiträden.
- Spetsutbildade undersköterskor och legitimerad personal som kan finnas som resurs vid svårare ärenden eller som stöd till sina kollegor.
- Demensvård
- Palliativ vård
- Konsultativt arbetssätt (legitimerad personal)
- Rehabiliterande förhållningssätt
- Högre medicinsk kompetens inom psykiatri och LSS-boenden.
- Digital kompetens
- Kunskap hos alla (även brukare/patienter) om nära vård.
- Utbildning kring begrepp såsom egenvård och personcentrering.



”Vi ska inte bara ha kunskap utan också utrymme att använda vår kunskap.”

Sagt av deltagare under en av workshopparna

## **Projektledarnas kommentarer**

I samtliga workshoppar kom behovet av ökad kompetens upp som en av de viktigaste aspekterna för att kunna bedriva en god och nära vård. Man nämner å ena sidan att ”vi har god

kompetens, men denna måste nyttjas bättre än idag”. Å andra sidan nämns att baspersonals kompetens behöver höjas generellt samtidigt som man satsar på fler spetsutbildade, både legitimerad personal och undersköterskor. Även fungerande teamsamverkan nämns som en nyckel till att använda kompetensen rätt.

Man lyfter också att kompetens måste överföras från regioner till kommuner, såväl i form av specialistkunskap, som i form av förbättrad tillgång till och samverkan med regionen.

## Samverkan

Fler aktörer än tidigare, privata såväl som offentliga, arbetar idag med vård och omsorg. Allt fler invånare lever också längre och med kroniska sjukdomar och komplexa behov, som kräver insatser från olika huvudmän och utförare. Detta innebär att en fungerande samverkan är nödvändig för att vården i hemmet ska upplevas trygg och nära.

### Synpunkter från workshopdeltagarna

Deltagarna framhöll att samverkan kommer vara nödvändig om resurserna ska nyttjas optimalt i framtiden. De såg också att en förbättrad samverkan kan möjliggöra för patienter och brukare att ta större ansvar för sin egen vård och att kunna bo kvar längre i eget boende.

### Samverkan inom kommunen

På workshopparna framfördes att samverkan inte bara behöver förbättras med regionen utan också internt i kommunerna. Ett exempel som nämns är **teamträffar**, som ses som en förutsättning för ett fungerande samarbete mellan olika yrkesgrupper i kommunal vård och omsorg. Teamträffar förefaller fungera olika väl i kommunerna. Några uppgav att man sedan **LOV** infördes inte längre har teamträffar, vilket försvårar samverkan.

Man uppger också bristande **kunskap om vilka funktioner** som finns i kommunen och hur man kan nå varandra internt. Det kan till exempel handla om hur man enklast kommer i kontakt med biståndshandläggare eller rehabpersonal samt behov av ökad kunskap om kommunens hälsofrämjande- och förebyggande enhet.

Att arbeta under olika lagar (SoL och HSL) innebär utmaningar och kan ibland försvåra samverkan eftersom lagarna utgår från delvis olika synsätt och journal- och kommunikationssystem inte alltid stödjer samverkan.

Samverkan med **funktionsstöd** upplevs av en del i hem-



### Lag om valfrihetssystem (LOV)

Reglerar vad som ska gälla för de kommuner och regioner som vill konkurrera kommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster till brukaren eller patienten.

(Källa: SKR 2020)

sjukvården som särskilt tungarbetat – här kan patienten ha ett komplicerat kontaktnät med habilitering, daglig verksamhet, primärvård, assistans och anhöriga. En deltagare föreslår att det kanske borde finnas en kontaktperson som samordnar.

Flera beskrev att samverkan underlättas av att olika verksamheter finns i **gemensamma lokaler**. I vissa kommuner sitter sjuksköterskor och rehabpersonal tillsammans. I andra finns exempel på att hemsjukvården och vårdcentralen är samlokaliserade. Några nämner fördelarna med att biståndsenheten finns nära hemsjukvården.

### Samverkan mellan kommun och region

När samverkan lyftes på workshopparna var det ändå oftast samverkan med regionen och möjligheterna och utmaningarna i detta som var i fokus.

En viktig förutsättning för fungerande samverkan är **bra kontaktvägar**. Hemtjänsten, som ju har ansvar för brukare dygnets alla timmar, kan sakna kontaktvägar och stöd från regionen utanför kontorstid. Hemtjänsten utför ju även insatser hos personer som inte är inskrivna i hemsjukvården. Enligt workshopdeltagarna saknar rehabpersonal vanligtvis **direktkontakt med läkare** – de måste ofta gå via sjuksköterskan och då kan dialog och nyanser gå förlorade. Flera sjuksköterskor vittnade om svårigheter att nå **specialistmottagningar**, att de får ägna mycket tid åt att leta efter personer och att man ofta även får agera länk mellan regionens specialistvård och primärvård då dessa brister i kommunikationen sinsemellan.

**Listningssystemet** medför att man som sjuksköterska i kommunen får jobba mot många vårdcentraler, i synnerhet i de större GR-kommunerna. Flera av workshopdeltagarna framhöll att det skulle vara en stor vinst om hemsjukvården snabbt och lätt kunde se vilken vårdcentral, hemtjänstenhet och rehabenhet en person har.

”Vi jobbar mot så många vårdcentraler tack vare listningssystemet. Vi kommer inte åt listningen och patienten vet inte själv vad de tillhör. Vi lägger mycket tid på att leta”

Men alla workshopdeltagare delade dock inte bilden att samverkan mellan kommunens vård och omsorg och regionens vårdcentraler är svår och behöver underlättas. I en kommun, där man har fyra olika vårdcentraler att jobba mot, tyckte man ändå att samarbetet fungerar mycket bra.

**Kontinuiteten bland läkarna** på vårdcentralerna upplevdes som låg av workshopdeltagarna i flera kommuner. Man vet inte vem man ska samverka med från ena dagen till den andra. Många efterfrågade en fast, utsedd läkare i hemsjukvården –





liknande det system som ofta finns kopplad till korttidsenheterna. Flera framhöll att denne läkare helst inte skulle ansvara för vårdcentralpatienter också, eftersom det uppdraget tenderar att ta över.

Idag finns flera olika samverkansmodeller där många av workshopdeltagarna nämnde **SIP** som en bra modell. Några påpekade dock att de har en känsla av att man från regionens håll inte självklart ser det som sitt ansvar att upprätta en SIP och därför inte alltid medverkar på SIP-möten.

I flera GR-kommuner har **mobila närsjukvårdsteam** inrättats. Många av workshopdeltagarna uppgav att samverkan med dessa team inte har satt sig ännu och att det finns en oklarhet i ansvarsfrågor och överlämningar mellan teamen och den kommunala hälso- och sjukvården. Modellen ifrågasätts av en del av workshopdeltagarna och flera önskar en tätare samverkan mellan primärvårdsläkare och kommunens sjuksköterskor istället för dessa team.

”Jag tror att specialistmottagningarna kommer att vara mer involverade och ge mer stöd till öppenvården. De behöver kunna göra fler hembesök både fysiskt och digitalt.”

Flera kommuner lyfte att samverkan med **regionens palliativa team** fungerar bra. Här upplever workshopdeltagarna att man har hittat välfungerande arbetssätt där regionen och kommunerna involverar varandra.

”Jag har haft mycket kontakt med palliativa teamet, det har fungerat väldigt bra. Man kan ha ett delat ansvar när så krävs.”

Någon beskrev också att samverkan med regionens habilitering fungerar väldigt bra. Detta trodde man kan bero på att det är färre personer involverade och högre kontinuitet än i de mobila teamen än i andra samverkanssituationer mellan regionen och kommunerna.

Workshopdeltagarna hade flera tankar kring hur samverkan mellan olika vårdaktörer kan förbättras. De nämnde bland annat vikten av att alla som ska samverka **upprättar rutiner och riktlinjer tillsammans**, och gemensamt tolkar dessa, vilket inte alltid är fallet idag. Man efterfrågade också en ökad tydlighet i vad som är regionens respektive kommunens ansvar när det gäller primärvård. Det efterfrågas också en ökad **kunskap om varandras uppdrag** och naturliga plattformar för samverkan, som man upplever saknas idag. **Gemensamma journaler** och fungerande kommunikationssystem ses som centrala delar för en god nära vård.

Coronapandemin har förbättrat samverkan på många sätt genom att skapa tydligare kontaktvägar och genom att man hållit flera digitala möten. Flera av workshopdeltagarna ser det som

## Samordnad individuell plan (SIP)

Ska upprättas tillsammans med brukare och patient om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas.

(Källa SKR 2020)

## Mobila team

### Mobilt hemsjukvårdsteam

– läkare utgår från vårdcentralen och ger sjukvård i hemmet tillsammans med kommunens sjuksköterska.

### Mobilt närsjukvårdsteam

– läkare och sjuksköterska utgår från sjukhuset och ger specialiserad sjukvård i hemmet.

(Källa VGR 2020)

viktigt att dessa nya arbetssätt bevaras även efter pandemin.

**Gemensamma utvecklingsdagar** och workshoppar, liksom ett gemensamt arbete med implementeringen av den kommande Färdplanen för nära vård i Västra Götalands län, ses som bra arenor för ökad samverkan.

”Det stora problemet är att vi inte utvärderar. Man samverkar inte om hur samverkan har gått.”

Flera workshopdeltagare betonade att det behövs en tydlig styrning och ”press” för att samverkan ska prioriteras – men en person säger också att:

”Vi (i kommunen) måste börja med oss själva!”

## Projektledarnas kommentarer

Samverkan och kompetensutveckling framstår som de viktigaste – och svåraste – fokusområdena för en nära vård. Inom samverkan skulle man vinna på stärkta relationer och ökad samsyn genom att man exempelvis har gemensamma mötesplatser, både i vardagen och vid specifika tillfällen i form av workshoppar, seminarier och utbildningar. Detta gäller både GR-kommuner emellan och mellan kommunerna och regionen. När det gäller samverkansfrågor mellan kommuner och regionen tror vi att vårdsamverkansarenorna, arbetet med revideringen av hälso- och sjukvårdsavtalet och den kommande regionala Färdplanen nära vård också är viktiga arenor för att uppnå samsyn i omställningsarbetet.

## Önskat generellt stöd i omställningen

**Kompetensutveckling:** Deltagarna på workshopparna upplevde ett behov av gemensamma och samordnade kompetensutvecklingsinsatser för att kunna möta utmaningarna i omställningen till en nära vård i kommunerna. Flera ansåg att en gemensam digital kompetensplattform skulle vara värdefull. Att utveckla en sådan plattform har redan påbörjats i delprojekt 2 av Vårdens medarbetare och redovisas i en separat projektrapport. Utvecklingen av plattformen kan också följas via projektets hemsida. Utöver en gemensam plattform för kompetensutveckling, såg workshopdeltagarna också ett behov av gemensamma seminarier och utbildningar i frågor som relaterar till nära vård. Exempel på teman som nämnades var egenvård, patientkontakt, juridik kring digitalisering samt gemensam implementering av Färdplan nära vård.

**Samverkan med regionen:** Workshopdeltagarna uttryckte förhoppningar om att strukturer för samverkan mellan regionen och kommun kommer att tydliggöras i den kommande länsgemensamma färdplanen för nära vård som nu tas fram. Man tror också att den pågående revideringen av hälso- och sjukvårdsavtalet kommer att präglas av omställningen till nära vård och det behov av samverkan och tydliggörande av ansvarsgränser som denna för med sig. Här kommer även de olika vårdssamverkansarenorna sannolikt att vara centrala för det fortsatta arbetet. Workshopdeltagarna påpekade samtidigt att GR också skulle kunna stödja detta arbete, till exempel genom olika kunskapshöjande aktiviteter kopplade till omställningen där såväl kommunerna som regionen deltar.

**Stöd genom analyser och forskning:** Workshopdeltagarna menade att det finns ett behov av ökad kunskap om hur kommunerna påverkas av omställningen till en mer nära vård. Till exempel behöver den kommunal hälso- och sjukvården synliggöras, kostnadsanalyser genomföras och nyckeltal utvecklas. Vissa av dessa frågor är redan omhändertagna i de forskningsstudier som genomförs inom ramen för delprojekt 3. I dialog med chefsnätverk och styrgrupper på GR planerar FoU i Väst även fler och fördjupade studier kopplade till nära vård. Också på nationell nivå pågår arbeten med att tydliggöra dessa frågor.

**Tätare samverkan med universitet och lärosäten:** Många deltagare nämnde att det strategiska arbetet med kompetensförsörjning behöver stärkas, bland annat med en mer självklar koppling till den forskning och utbildning som bedrivs på universitet och högskolor. GR har tagit initiativ till möten med programansvariga vid Göteborgs universitet för de legitimerade yrkena (sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter) för att stödja denna utveckling.

**Digitalisering:** Workshopdeltagarna såg ett stort behov av stöd kring digitalisering i kommunal vård och omsorg. För att stödja omställningen mot en nära vård kan samarbetet stärkas mellan kommuner och GR-projekten AllAgeHub och Modig samt med VästKoms digitaliserings-

Vad önskar  
kommunerna  
för stöd?

ansvariga. Frågor som behöver lyftas rör till exempel patientens samtycke till olika vårdinsatser, sekretess men också gemensam journal och kommande FVM.

## Förslag på fortsatt stöd från GR i omställningen

Under workshopparna framkom flera förslag på önskat stöd från GR i det fortsatta arbetet med nära vård. Dessa förslag sammanfattas i punktform nedan:

- **GR som mötesarena:** Workshopdeltagarna ser att GR kan utgöra en gemensam arena för kommuner och regionen att mötas på – för att öka förståelse, inspiration, utbildning och arbete med patient-exempel som exempel.
- **Utbildningsinsatser, seminarier och konferenser:** Workshopdeltagarna önskade att GR stöttar i implementering av den kommande färdplanen för nära vård och den kommande revideringen av hälso- och sjukvårdsavtalet. Det framhålls som viktigt att dessa centrala dokument presenteras gemensamt och tolkas tillsammans, gärna även tillsammans med regionen. Det framkom även önskemål om utbildning kring de grundläggande begreppen i nära vård exempelvis personcentrering, egenvård, fast vårdkontakt och patientkontrakt exempelvis.
- **Workshoppar:** Workshopdeltagarna önskade fler workshoppar liknande de som genomförts under hösten 2020 i syfte att öka kunskapen om nära vård på alla plan, kanske även tillsammans med regionen. GR skulle också kunna utgöra en mötesarena mellan kommunerna, exempelvis för alla rehabchefer i GR-kommunerna utifrån specifika frågeställningar.
- **Gemensam digital yta:** Workshopdeltagarna hade önskemål om en gemensam digital samarbetsyta där GR-kommunerna kan dela sina erfarenheter och beskriva olika satsningar och pilotarbeten i omställningen. Här skulle även GR kunna bevaka nya rapporter och artiklar som rör nära vård.
- **Omvärldsbevakning:** Här föreslog workshopdeltagarna att GR arrangerar seminarier med presentation av goda exempel på utvecklingen kring nära vård, till exempel hur man överbryggat ”hindren” kring digitalisering.
- **Kommunikationsinsatser kring nära vård:** Deltagarna såg ett behov av att sprida kunskap om nära vård, dels ut i kommunala vård- och omsorgsverksamheter, dels till politiker, brukare, anhöriga och medborgare. Här skulle GR kunna utgöra ett stöd med att ta fram anpassat lokalt material.



# Referenser

**Färdplan nära vård.** Hämtad 15 februari 2021 på <https://www.varksamverkan.se/pagaende-uppdrag/fardplan-nara-vard/>

**GR-Projekt AllAgeHub.** <https://allagehub.se/>

**GR-Projekt Modig.** <https://goteborgsregionen.se/modig>

**Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30.** Hämtad 14 januari 2021 på [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

**Inera: Identifieringstjänst SITHS.** Hämtad 14 januari 2021 på <https://www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/siths-identifieringstjanst/>

**Lagrådsremiss Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.** Hämtad 8 februari 2021 på <https://www.regeringen.se/497da4/contentassets/ceebc29edc2342729860d245a499cd2f/inriktning-en-for-en-nara-och-tillganglig-vard--en-primarvardsreform.pdf>

**Projekt Vårdens medarbetare.** <https://goteborgsregionen.se/naravard>

**Sveriges kommuner och regioner (SKR). Målbild för nära vård.** <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnara-varld.6250.html>

**Sveriges kommuner och regioner (SKR). Handbok: Att driva omställning till Nära vård.** <https://webbutik.skr.se/sv/artiklar/att-driva-omstallningen-till-nara-varld.html>

**Socialstyrelsens Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård.** Hämtad 8 februari 2021 på <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6445.pdf>

**Socialstyrelsen om IBIC.** Hämtad 14 januari 2021 på <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/aldre/individens-behov-i-centrum/>

**Socialstyrelsen. Vägledning om Fast vårdkontakt och samordnad individuell plan.** Hämtad 8 februari 2021 på <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2017-10-25.pdf>

**Socialtjänstlagen 2001:453.** Hämtad 14 januari 2021 på [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453)

**SOSFS 2009:6, Socialstyrelsens föreskrifter om bedömning av egenvård.** Hämtad 8 februari 2021 på <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20096-om-bedomningen-av-om-en-halso--och-sjukvardsatgard-kan-utforas-som-egenvard/>

**SOU 2016:12 Effektiv vård.** Hämtad 14 januari 2021 på [http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/01/SOU-2016\\_2\\_Hela4.pdf](http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/01/SOU-2016_2_Hela4.pdf)

**SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och**

**sjukvårdssystem.** Hämtad 15 februari 2021 på <https://www.regeringen.se/rattsli-ga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/04/sou-202019/>

**Statistikmyndigheten SCB** (2019), Hälsa- och sjukvårdens andel av BNP var 11,0 procent 2017. Artikel publicerad den 29 mars 2019 på <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/pong/statistiknyhet/halsorakenskaper-2017/>

**Vardagsrehabilitering.** Hämtad 14 januari 2021 på <https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1572/vardagsrehabilitering.pdf>

**Vårdsamverkan i Västra Götaland.** Hämtad 14 januari 2021 på <https://www.vardsamverkan.se/>

**VästKom och FVM (Framtidens vårdinformationsmiljö).** Hämtad 8 februari 2021 på <https://www.vastkom.se/samverkansomraden/digitalverksamhetsutveckling/fvmframtidensvardinformationsmiljo.4.7c123fad176b1ab87b9bb459.html>

**VästKom om SAMSA och NPÖ.** Hämtad 8 februari 2021 på <https://www.vastkom.se/gits/samsa.4.ee3fb6d14300e770a9f5e.html>

**VästKom om SIP – samordnad individuell plan.** Hämtad 14 januari 2021 på <https://www.vardsamverkan.se/samverkanteman/barn-och-unga/barn-och-ungas-halsa/vad-ar-vastbus/sip---samordnad-individuell-plan/>



Göteborgsregionen (GR) består av 13 kommuner som har valt att jobba tillsammans. Vi driver utvecklingsprojekt, har myndighetsuppdrag, forskar, ordnar utbildningar och är storstadsregionens röst i Västsverige, bland mycket annat. I våra nätverk träffas politiker och tjänstepersoner för att utbyta erfarenheter, bolla idéer och besluta om gemensamma satsningar. Allt för att regionens en miljon invånare ska få ett så bra liv som möjligt.