

## Förstärkt lokal samverkan – summering 2024

### Inledning

Ledningsgrupp för samverkan Region Jönköpings län och Jönköping läns kommuner (ReKo) har initierat ett uppdrag som innebär förstärkt lokal samverkan på mesonivå mellan länets vårdcentraler och kommuner, figur 1.

## Syfte och mål - Bättre för Esther

Bättre resultat för Esther genom tillgång till gemensamma resultat som stärker samverkan och utvecklar arbetssätt i primärvården – vårdcentral och kommun.

... skapa en struktur och arbetsform för lokal samverkan med tydliga mötesplatser för kontinuerlig planering, samordning och gemensam uppföljning vad gäller samverkan mellan primärvård och kommunal vård och omsorg

(från överenskommelse i ReKo och RJJ budget och verksamhetsplan)



Figur 1 Syfte och mål med förstärkt lokal samverkan – Bättre för Esther

Länets avtal och överenskommelser anger att samverkan mellan kommuners hälso-och sjukvård, socialtjänst och länets vårdcentraler ska vara välorganiserad med tydliga mötesplatser där närmare struktur och innehåll ska beslutas av båda parter. Detta för att stödja förutsättningar att på lokal primärvårdsnivå samordna, planera, och gemensamt följa sina resultat. Den lokala nivån kan då planera och agera utifrån sina gemensamma resultat, för att åstadkomma det som blir bäst för Esther, figur 2.

## Gemensamma överenskommelser

- ↳ Tillämpningar av dessa
  - ↳ Lokalt följa sin egen följsamhet (genom gemensamma resultat i dashboard)
    - ↳ Ta fram gemensamma insatser: ex kompetensförstärkning
      - ↳ Samarbete för Esthers bästa

Figur 2 Översikt förstärkt lokal samverkan

Som en del i utveckling för en nära vård och omställning till ett hälso-och sjukvårdssystem som utgår från invånarens perspektiv och inte huvudmannaskap ingår även gemensam plan för kompetensutveckling, figur 2.

I delrapporten om förstärkt lokal samverkan 2023 beskrevs behov av fortsatt arbete på olika systemnivåer, tabell 1.

I samverkan arbeta vidare på övergripande och lokal nivå:

| Övergripande nivå   | Lokal nivå   |
|---|--|
| I samskapande med lokala forum utveckla och testa gemensam dashboard. Vidareutveckla strukturerad agenda utifrån gemensam dashboard | Fortsätta kulturarbete för samverkan, t.ex. relationer, tillit, gemensamma ambitioner. Utvärdering med stöd av samverkansmodellen.                                     |
| Fortsätta utveckla verktyglåda utifrån lokala behov   | Fortsätta strukturarbete<br>Använda strukturerad agenda  |
| Som stödteam coacha lokala strukturerade mötesplatser   | Agera och lära utifrån data och uppföljning av resultat mellan mötesplatserna  |
| Fortsätta strategiskt arbete med kompetensförstärkning för gemensamt lärande i primär vård.   | Främja och bidra till kultur och struktur för gemensamt lärande i vardagsarbetet i primär vård, med utgångspunkt från kunskapsstöd och dokumenterade överenskommelser. |
| Skapa gemensam digital stödsida på Folkhälsa- och sjukvårdswebben   |  |
| IT-stöd, exempelvis synergi   |  |

Tabell 1 Områden för fortsatt samverkan på övergripande och lokal nivå 2024, ur delrapport 2023.

## Genomförande

Lokalt coachande stöd och dialog har genomförts via digitala och fysiska möten, mail- och telefonkontakter kontinuerligt under 2024. Stödet handlade om grundarbetet, dvs. att vara eniga om mötesstruktur, planering med årshjul, mötesfrekvens och ansvarsfördelning. Det innebar också stöd i att börja använda den gemensamma mätavlan för att bättre följa upp och säkerställa det bästa för Esther. Under våren 2024 utökades stödteamet, tabell 2.

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| Anneli Forsgren, bitr. verksamhetschef   | Kommunal utveckling           |
| Pia Persson, utvecklingschef             | Kommunal utveckling           |
| Maria Johansson, utvecklingsledare       | Kultorum                      |
| Jonas Almgren, sektionschef              | Primärvård och Rehabilitering |
| Pernilla Sandqvist, utvecklingschef      | Kultorum                      |
| Ulrika Stefansson, utredare              | Primärvård och Rehabilitering |
| Helena Blom Håkansson, utvecklingsledare | Kommunal utveckling           |
| Gunnel Baazius, utvecklingsledare        | Kommunal utveckling           |
| Marina Sumanosova                        | Kultorum                      |

Tabell 2 Övergripande stödteam, förstärkt lokal samverkan

Under hösten har arbetet följts upp med några stödfrågor.

- Har ni möten där ni samverkar utifrån mätavlan för att utveckla era gemensamma arbetssätt?
- Hur har ni förändrat er mötesstruktur-/frekvens för att stödja Esthers bästa utifrån stöd/verktyg på websidan Kommunsamverkan-Folkhälsa och sjukvård (rjl.se) eller mätavlan?
- Hur är verktygen och/eller mätavlan en del av er strukturerade mötesagenda för planering, samordning och gemensam uppföljning?



- När har ni nästa möte bokat?

Grundarbetet har varit en förutsättning och pågår för att kunna ta nästa steg med samverkan kring en gemensam måttavla.

I linje med datadriven vård finns ett behov av att se data och resultat kopplat till samverkanspatienter mellan kommun och vårdcentral. Behovet påvisades inom förstärkt lokal samverkan och arbetet med det akuta flödet. Arbetet med att utveckla en gemensam måttavla startade i samverkan mellan Kommunal utveckling, Folkhälsa och sjukvård, Qulturum samt verksamhetsrepresentanter. Utgångsläget var tillgänglig diverdata från Cosmic med mål att kunna leverera på vecko- och dagsnivå. BI-verktyget som används i utvecklingsfasen är Power BI, detta för att vi ska kunna dela översikterna med kommuner. För att kunna fånga samverkanspatienter gjordes beställningar av justerade dykplaner via diverråd.

Måttavlorna utformades under 6 månader. I tre pilotkommuner, Habo, Vetlanda och Gislaved, arbetade man våren 2024 med att identifiera och möta specifika behov, genom gemensamma mätetal och strukturerad uppföljning. Kommunerna och vårdcentralerna samarbetade bland annat genom att bidra med kunskap om deras behov av mätetal som samlar data för gemensamma patienter och deras behov. En viktig del av arbetet var att skapa ett system för att kontinuerligt följa upp dessa mätetal, för att kunna justera och utveckla arbetssätt baserat på realtidsdata. Båda översikterna, (vårdcentralens egna och gemensam måttavla för vårdcentral och kommun) utvecklas ständigt.

Pilotkommunerna fokuserade på att fortsatt utveckla och stärka strukturerat samarbete på ledningsnivå genom sina mötesforum. Genom en systematisk uppföljning och delning av resultat påbörjades fortsatta steg för att förbättra samverkan och optimera de gemensamma insatserna för patienter som får vård från både kommunen och vårdcentralen.

Under hösten 2024 blev de gemensamma måttavlorna tillgängliga för alla kommuner och vårdcentraler i länet.

Fyra digitala call-in-tillfällen erbjöds under hösten 2024. Inbjudan kommunicerades via kommunala nätverk och vårdval. Målgruppen var chefer/ledare på mesonivån. Vid dessa tillfällen var fokus på inspiration och erfarenhetsutbyte från pilotkommunerna, information och coachande stöd. Samtidigt har arbete pågått med stöd för grundarbetet.

Kommunikation om förstärkt lokal samverkan har genomförts på olika mötesplatser inom region och kommun under 2024.

Exempel på mötesplatser:

- Primärvårdsforum
- Socialchefsmöte
- Nätverksträffar för hälso-och sjukvårdschefer, medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvarig för rehabilitering, äldreomsorgschefer
- Bästa platsen inspirationsdag
- Funktionshinderomsorgen
- Digitalisering i samverkan
- ReKo
- Strategigrupp äldre
- Utvecklingskraft Bra Liv Arenadagarna

Under Bra Liv Arenadagarna poängterade ledningen för Bra Liv vikten av utvecklingsarbetet med förstärkt lokal samverkan. Ett gott exempel från Gislaveds samverkan presenterades.



Sveriges Arbetsterapeuter och Vårdförbundet bjöd in för kunskapsspridning genom webinarium och workshop.

Vetlanda och Habo kommuner har bidragit med inspirationsfilmer om sin lokala samverkan. Gislaved kommun presenterade sitt arbete på Utvecklingskraft.

För att skapa hållbar stödstruktur har en stödsida designats som kompletteras utifrån behov, [Kommunsamverkan-Folkhälsa och sjukvård](#). Ett exempel är den checklista som är framtagen som stöd vid arbete med den gemensamma mätavlan.

I de lokala arbetena inom förstärkt lokal samverkan lyfts behov av sammanhållet lärande inom primärvård vilket kan kopplas samman med planen för kompetensutveckling.

Tillgängliga resurser i form av regionens Metodikum med koncept för instruktörer, samt kommunala metodrum där undervisning och utbildningar bedrivs finns, med en vilja att öppna varandras arenor för kompetensförstärkning i samverkan.

Exempel på region-/länsgemensamma initiativ:

- Förstärkt lokal samverkan, utifrån resultaten i gemensam mätavla
- SäBo-dagar, utbildning för sjuksköterskor och läkare som arbetar på särskilt boende
- Teamutbildning allmän palliativ vård
- I LAG:en patientsäkerhet nära vård – läkemedel i nära vård pågår initiativ med kompetensutveckling (kunskap, färdigheter) för professionen och invånaren
- Forum Geriatrikum
- Inspirationsdag Bästa platsen att åldras på
- Olika initiativ och endags-arrangemang inom kunskapsstyrningen

Det sker också i olika omfattning lokala initiativ och kompetensutveckling utifrån lokalt identifierade behov i samverkan på primärvårdsnivå.

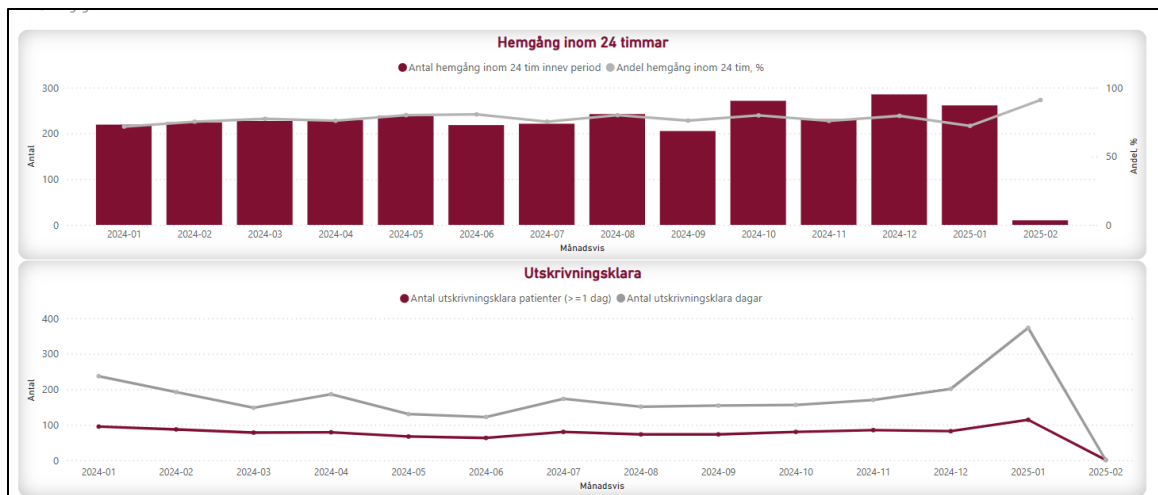
## Resultat

Resultaten redovisas utifrån exempel från gemensamma mätavlan, närvaro vid call-in, genomförd pilot och inkomna svar på mailutskick.

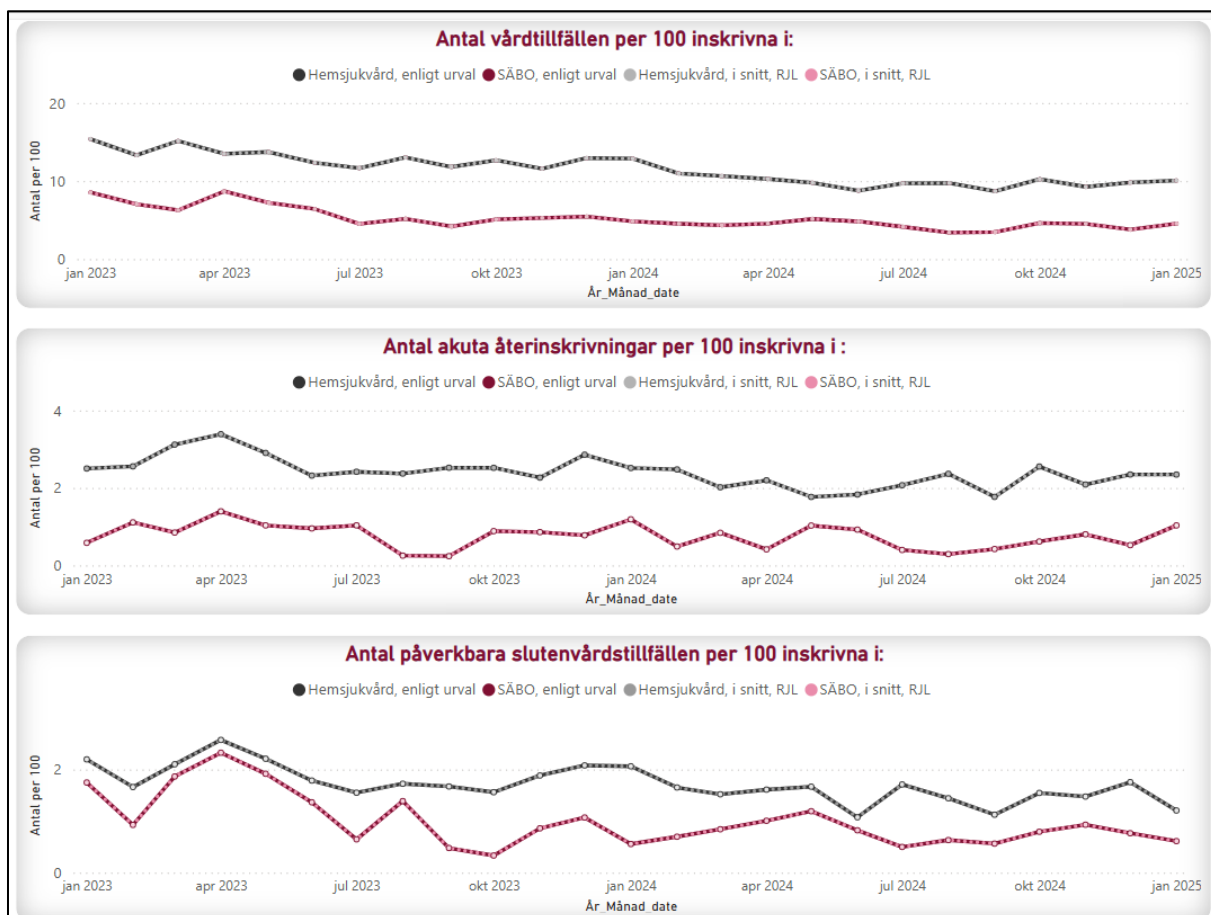
De lokala forumen har ofta börjat med att säkra att datan speglar upp samtliga samverkanspatienter. Det har lett till att antalet registreringar i Cosmic med vårdåtagande Hemsjukvård eller Särskilt boende har ökat under perioden. Registreringar av vårdåtagande är en förutsättning för att diagrammen ska spegla resultatet för samverkans-patienterna. Januari 2023 var det 2 959 med vårdåtagande hemsjukvård, och i januari 2025 4 559. (ökning 54%). För Särskilt boende är motsvarande siffror en ökad registrering från 515 till 2 486. Det återstår således arbete i flera lokala forum där registreringen är låg. En samsyn i antalet ger planeringsförutsättningar för exempelvis årskontroller, beredskap för hembesök och uppföljningar, utlagd läkarmottagning m fl gemensamma processer.

Nedan följer exempel på resultat från gemensam mätavla, som stödjer dialoger att tolka och identifiera gemensamma områden att arbeta kring. Till stöd för tolkning finns en checklista i ”verktygslådan”. Se figur 3-5 och tabell 3.





Figur 3 På mätavlan kan utvecklingen av andel och antal hemgång inom 24 timmar efter meddelande om utskrivningsklar följas. Bilden visar utvecklingen för hela länet. På kommunnivå ses skillnader i antal utskrivningsklara patienter och dagar kvar på sjukhus 24 timmar efter meddelande om utskrivningsklar samt andel hemgång inom 24 timmar. Filtrering på dagar, vecka och månader är möjligt för att kunna se mönster i datan och jämförelser över tid och jämföra med andra.



Figur 4 På mätavlan kan jämförelser per 100 inskrivna i hemsjukvård och särskilt boende följas. Bilden visar resultatet för hela länet. Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar är en, såväl nationellt som internationellt, ofta använd indikator som avser att beskriva sammanhållen vård och omsorg. I annan vy kan antalet ses, och samma mått finns även i dashboard per vårdcentral.

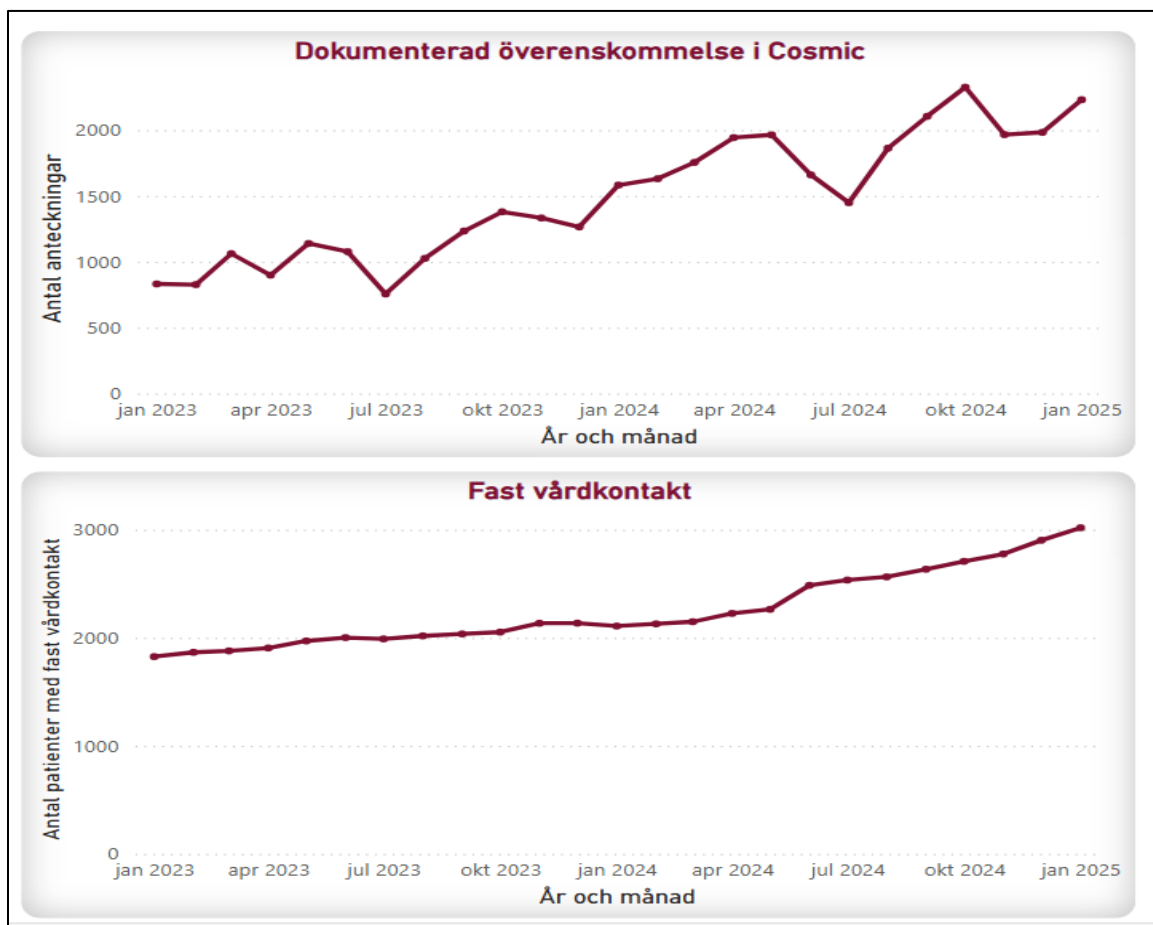


Några citat från intervjuer som genomförs våren 2025, som beskriver hur man vid lokal samverkan på ledningsnivå hittills använt dashboarden för att tolka, lära och identifiera förbättringsmöjligheter.

*”De förbättringsarbeten vi haft under året är att vi jobbat både med palliativa vårdprocessen och vårdsamordningsprocessen. Genom dashboarden synliggörs våra samverkanspatienter. Vi har filat ganska mycket på att registrera rätt. Att vi verkligen ser våra gemensamma samverkanspatienter. (...) Då är det ju ett värde, fotot på vår samverkan. Det är så här det ser ut.”*

*”Nu har vi dykt in lite mer på vilka forum kommer vi använda oss av datan (...) för att man ska kunna jobba med det här. Vi är inne på att vi ska fördjupa titta på det här med SIP och uppföljning inom 30 dagar.”*

*”Vårt nästa förbättringsarbete som vi beslutat om är att alla patienter som är hemsjukvårdsanslutna ska ha ett läkarbesök. De ska ha fast läkarkontakt och fast vårdkontakt. På alla patienter. Så det är ju ett jättestort utvecklingsarbete. (...) och vårdplaner, och hur vi lägger tider och hur vi tänker. Ja, det är spännande. Så det är vårt nästa förbättringsarbete”.*



Figur 5 I mätavlan kan utvecklingen av antal anteckningar om Dokumenterad överenskommelse och Fast vårdkontakt följas. Bilden visar utvecklingen avseende personer med hemsjukvård och personer som bor på särskilt boende. Under perioden när mätavlan utvecklats har antalet samverkanspatienter med registrerad fast vårdkontakt på vårdcentral och i kommun ökat.

Nedan ses förteckning över närvaro för vårdcentraler och kommuner vid höstens fyra call-in, tabell 4.

| Vårdcentral                                    | Antal tillfällen | Kommun   | Antal tillfällen |
|--|------------------|----------|------------------|
| Bra Liv Eksjö vårdcentral                      | 3                | Eksjö    | 2                |
| Nässjö Läkarhus                                | 1                | Nässjö   | 1                |
| Vårdcentralen Nyhälsan-Bräcke diakonin, Nässjö | 1                |          |                  |
| Vårdcentralen Aroma, Vetlanda                  | 2                |          |                  |
| Bra Liv Sävsjö vårdcentral                     | 1                | Sävsjö   | 2                |
| Bra Liv Tranås vårdcentral                     | 1                |          |                  |
| Gislehälsan, Gislaved                          | 1                | Gislaved | 1                |
|  |                  | Vaggeryd | 3                |
|  |                  | Gnosjö   | 3                |
| Bra Liv Väster vårdcentral, Värnamo            | 1                |          |                  |
|  |                  | Habo     | 4                |
|  |                  | Mullsjö  | 1                |
| Bra Liv Öxnehaga vårdcentral, Jönköping        | 2                |          |                  |
| Bra Liv Hälsan 1, Jönköping                    | 1                |          |                  |
| Bra Liv Hälsan 2, Jönköping                    | 1                |          |                  |
| Bra Liv Bankeryds vårdcentral                  | 2                |          |                  |
| Wetterhälsan, Jönköping                        | 1                |          |                  |
| Bra Liv Gränna vårdcentral                     | 1                |          |                  |

Tabell 3 Översikt över närvaro vid höstens call-in

Av länets 40 vårdcentraler har 14 deltagit vid ett till två call-in. 8 kommuner har deltagit vid ett till tre tillfällen.

I primärvårdens uppföljningsenkät uppger hälften (19 av 40) av länets vårdcentraler att de arbetar med mätavlan, och 13 att de planerar att börja och önskar stöd.

De tre pilotkommunerna har bidragit med värdefull kunskap för att utveckla den gemensamma mätavlan. Resultatet i mätavlan ska visa vilka insatser och stöd som kan stärka den lokala samverkan och skapa förutsättningar för mer personcentrerad och samordnad vård. Detta stärker både Esthers och systemets förmåga att hantera komplexa vårdbehov.

Under hösten 2024 skickades fyra frågeställningar via mail till länets vårdcentraler och kommuner, för att få en nulägesbild, se frågorna under Genomförande.

10 inkomna svar och följande beskrevs:

- Det finns en variation i hur ofta möten hålls. Detta kan bero på att samsyn saknas om värdet med samverkan på strategisk nivå. Från veckoavstämning till två ggr/år.
- Merparten har börjat använda en strukturerad agenda. Några har börjat införa ett årshjul för en strukturerad samverkan.
- Majoriteten har börjat titta i den gemensamma mätavlan.
- Några kommuner använder mätavlan som verktyg för planering, samordning och gemensam uppföljning.
- En tydligare dialog förs kring gemensamma patienter utifrån fakta i mätavlan.

## Lärande och insikter till fortsatt arbete

Det krävs samsyn och nya arbetssätt för att arbeta med datadrivna möten i samverkan. Grundarbete behöver vara på plats med täta avstämningar. Ett av de första stegen är att säkerställa att registreringar av vårdåtaganden är korrekta i mätavlan. Det är viktigt att koppla ihop vårdcentralens egna mätavla med den gemensamma mätavlan för att kunna följa och agera på resultaten på personnivå. Det handlar om att läsa och förstå datan tillsammans, vilket är ett lärande i sig.

En studie av datadriven förstärkt lokal samverkan genomförs i form av en masteruppsats via Jönköping Academy (JA).

Nästa steg:

- I takt med ökat användande och lärande uppföljning skapa ökade förutsättningar för samarbete i det lokala teamet nära Esther
- Synliggöra behov av och olika former för lärande
  - *Kompetensutveckling* handlar om att bredda och fördjupa kunskap och färdigheter, ofta genom formella utbildningsinsatser
  - *Kompetensförstärkning* handlar om att stärka och optimera de färdigheter och kunskaper som redan finns, för att öka effektivitet och samverkan i nuvarande arbetsprocesser
- Ge coachande stöd och erbjuda gemensamma call-in
- Erbjud stöd till förbättringsarbete för att utveckla insatser nära Esther, teamarbete mm genom Bästa platsen att åldras på
- På macronivå efterfråga och poängtera att möte på mesonivå, faktabaserade underlag och Esthers berättelser är en viktig del för att få till samarbete med/för Esthers bästa
- Skapa former och organisering för sammanhållet lärande inom kommunal och regional primärvård.
- Följa studien av datadriven förstärkt lokal samverkan.

Under 2025 fortsätter projektet Förstärkt lokal samverkan. Bättre för Esther genom tillgång till gemensam data som stärker personcentrering och lärande i primär vård. Detta genom att lära, leda och följa upp resultat utifrån en gemensam målgrupps behov.

