



2024-12-11

Handlingsplan för god och nära vård och omsorg i Södertälje 2025-2030

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| 1. Inledning | 3 |
| 2. Bakgrund | 4 |
| 3. Ansvariga för genomförandet..... | 6 |
| Delar som bildar en helhet | 7 |
| 4. Gemensam målbild | 8 |
| 5. Målområden och strategiska inriktningar..... | 14 |
| Målområde 1. Sömlös vård och omsorg | 15 |
| Målområde 2. Personcentrerad vård och omsorg..... | 16 |
| Målområde 3. Befolkningens hälsa ska förbättras | 17 |
| Målområde 4. Jämlig tillgång till vård och omsorg | 17 |
| Målområde 5. Kostnadseffektiv vård och omsorg | 18 |
| 6. Så omsätts planen i det dagliga arbetet | 19 |
| 7. Uppföljning och utvärdering | 19 |

1. Inledning

Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den närmsta vården är den som patienten/brukaren kan ge sig själv – egenvården – samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta.

En mer tillgänglig, närmare vård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler. Kärnan i nära vård är ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov och förutsättningar. Det innebär att se, involvera och anpassa insatserna efter vad som är viktigt för just den personen.¹



Figur: Nära vård, SKR 2024

Omställningen till nära vård innebär förändrade förhållningssätt. Från fokus på organisation till fokus på person och relation.

- Utgå från patientens/brukarens individuella förutsättningar, förmågor och behov och bidra till trygghet.
- Utgå från att relationer är centrala för kvalitet och effektivitet.

Från invånare och patienter som passiva mottagare till aktiva medskapare.

- Skapa tillsammans med invånare, patienter och brukare.

Från isolerade vård och omsorgsinsatser till samordning utifrån individens fokus.

1

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/omstallningtillnaravard.57446.html>

- Utgå från det bästa för patienten/brukaren i hela vård- och omsorgsprocessen.
- Främja gemensamt ansvarstagande och tillit.
- Skapa förutsättningar för jämlik vård och omsorg

Från reaktiv till proaktiv och hälsofrämjande.

- Hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser är det mest hållbara arbetssättet.
- Skapa förutsättningar för självständighet och livskvalitet.
- Skapa förutsättningar för jämlik hälsa.

Framgångsfaktorer för den nära vården.

I utvecklingsarbetet som pågår på nationell nivå har några framgångsfaktorer identifierats. Samverkan mellan kommuner och regioner är en av dem, men det finns fler:

- Användning av ny teknik för att utveckla arbetssätten i hälso- och sjukvården och omsorgen.
- Satsning på utveckling av egenvård, inte minst för kroniskt sjuka patienter och för att förhindra att fler drabbas av kronisk sjukdom.
- Att personalen kan medverka i utvecklingen av e-tjänster, har digital kompetens och börjar arbeta på nya sätt.
- Att personcentrering är vägledande både som förhållningssätt och arbetssätt i organisationen.
- Satsning på kompetensförsörjning som stödjer omställningen mot nära vård, där förmåga att arbeta över traditionella gränser, kommunicera och jobba preventivt och proaktivt är viktiga delar.

2. Bakgrund

Södertälje som geografiskt område har vissa speciella förutsättningar utifrån den demografiska sammansättningen. I Södertälje lever människor som har ursprung i mer än 130 länder och det innebär en stor rikedom i kulturellt utbud i befolkningen. Befolkningen i Södertälje har ett högre behov av slutenvård än genomsnittet i Region Stockholm och övervikt och fetma är överrepresenterat i Södertälje med omnejd. Ålder för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar är betydligt lägre i Södertälje jämfört med andra delar av regionen. Jämfört med riket så är andelen personer med låg utbildningsgrad och arbetslöshet högre i Södertälje. Det finns en utmaning för arbetsgivare att rekrytera medarbetare med tillräcklig utbildningsgrad och kunskaper i svenska språket.

Forskning visar att det finns ett samband mellan hälsa och utbildningsnivå där lägre utbildningsnivå samvarierar med sämre hälsa, 2. Personer med låg socioekonomisk position dör oftare före 65 års ålder, vilket visar sig i en kortare

² Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2023

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a448b27d603c44f590fc1aff741b0d5d/folkhalsan-sverige-arsrapport-2023.pdf>

medellivslängd. Särskilt utsatta verkar kvinnor vara, där medellivslängden inom gruppen har minskat på nationell nivå sedan 2006. För att nå de övergripande målen för folkhälsa behöver insatser göras för att ge jämlika villkor med särskilt fokus på de som mest behöver det. I Södertälje är diabetes och fetma hos barn ett fokusområde. Ungefär 1 av fem barn till föräldrar med förgymnasial utbildning lever i en familj som inte har råd med nödvändiga utgifter. Det är i sin tur faktorer som påverkar framtida möjligheter till en god hälsa.



Figur: Nära vård, SKR 2024

Den demografiska utvecklingen med fler äldre, fler personer med mer komplexa behov i befolkningen och färre personer i arbetsför ålder som kan försörja och ta hand om de som behöver vård och omsorg är en utmaning. Framtidens möjligheter behöver utforskas och nyttjas i större omfattning, exempelvis genom välfärdstekniska lösningar och nya arbetssätt. Många äldre besitter mycket kompetens, är pigga och friska, så samskapande och delaktighet från personer som får insatser är ytterligare en viktig resurs.

I stockholmsregionen finns en huvudöverenskommelse för hur region och kommuner ska samverka och inom vilka områden. I december 2023 antogs en övergripande Handlingsplan som beskriver prioriterade mål och strategier för tidsperioden 2024 – 2030³.

Utifrån den övergripande visionen för omställning till nära vård bidrar respektive aktör. Genom nätverksorganisering och gemensamt ansvar för systemet och det som behöver ske i systemets mellanrum agerar aktörerna utifrån delar och helhet. Det gemensamma arbetet ger ett mervärde och effekten kan bli större än om varje enskild organisation agerar isolerat.

³ <https://www.storsthlm.se/media/u3nnnftd/handlingsplan-f%C3%B6r-god-och-n%C3%A4ra-v%C3%A5rd-och-omsorg-i-stockholms-l%C3%A4n-2024-2030.pdf>

Att samverka på nya sätt innebär förändringar som inte kan vara på plats direkt utan det kommer att behövas tid för att hitta samverkansformer som fungerar. Över tid kommer dessa att behöva förändras, vilket innebär att det som antas och fungerar 2024 kanske inte är detsamma som i slutet av perioden. Framgångsfaktorer som talar för ett lyckat resultat i Södertälje är bland annat investeringar som gjorts av sjukhuset med nära specialistvård, korta beslutsvägar, fungerande samarbeten mellan sjukhus, primärvård och kommun samt högt engagemang från delaktiga organisationer.

3. Ansvariga för genomförandet

I Södertälje har flera aktörer gått ihop och visar därmed att samverka mellan dem är viktig. Södertälje sjukhus, Region Stockholms primärvård (SLSO), Region Stockholms psykiatri (SLSO) och Södertälje kommun har en etablerad samverkan med målsättningen "Att tillsammans kunna ge god och nära vård och omsorg där medborgaren befinner sig". Styrgruppen består av VD Södertälje sjukhus, Utvecklingsdirektör/chefläkare Södertälje sjukhus, Omsorgsdirektör Södertälje kommun, Socialdirektör Södertälje kommun, Närsjukvårdschef Primärvårdsverksamheterna i södra länet samt Verksamhetschef Psykiatricentrum Södertälje. Ordförandeskapet är rullande och möten genomförs ca 8 ggr per år.

Säker hemgång, palliativ vård och omsorg och samverkan kring obesitas för barn är exempel på områden där gemensamt arbete pågår.



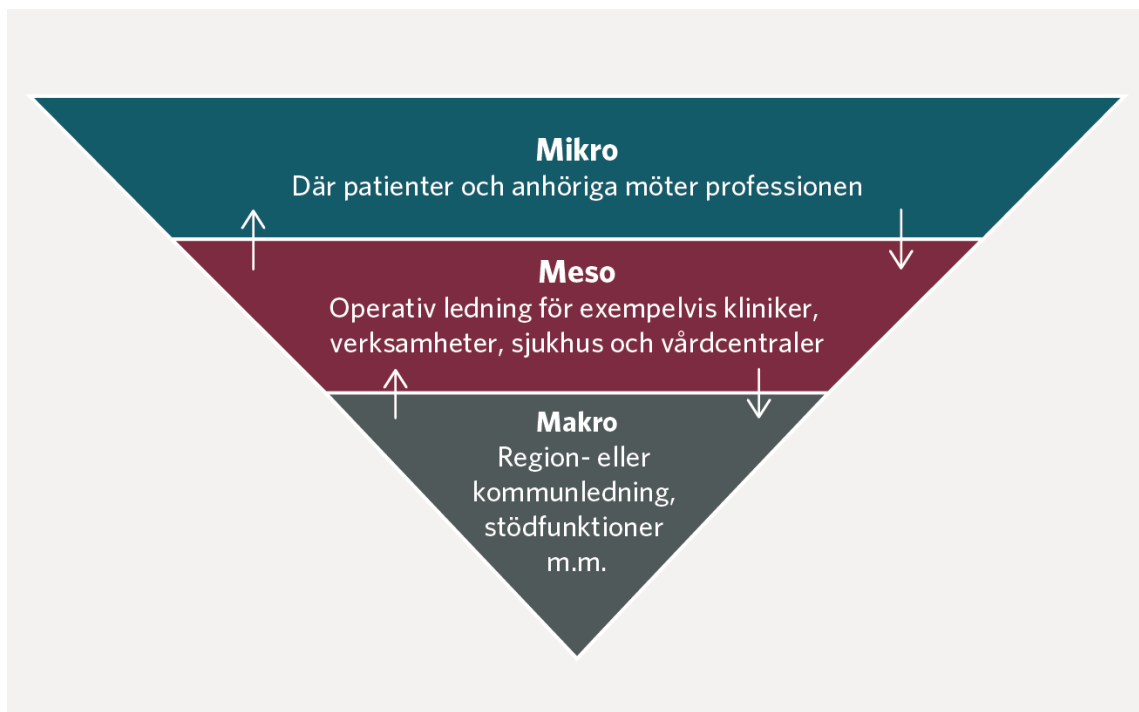
Figur: Överblick organisation God och nära vård i Södertälje

De satsningar som behöver göras kommande år har gemensamt identifierats av de fyra aktörerna. Den kartläggning som har gjorts kopplat till huvudöverenskommelse på regional nivå (HÖK) visar att många forum finns etablerade och att ett viktigt arbete i samverkan redan pågår.

I dialog med civilsamhället och företrädare för patient och brukarorganisationer framkommer viktiga aspekter ur medborgarnas perspektiv. Det är önskvärt med ett samskapande, att upprätta former för kontinuerlig och återkommande dialog som underlag för utveckling. Betydelsen av speciellt utformade vårdcentraler för att funktionshindrade personer ska få tillgänglig vård, en systematik att få med patientrepresentanter och brukarråd i arbetet samt en bättre anpassning till kulturellt bemötande är exempel på vad som framkommit. Ur patientgruppernas perspektiv framkommer också vikten av att utbilda patienterna att kunna ta ansvar för sin egenvård. Det innebär att vårdgivare i alla patientmöten ger patienten kunskaper om sitt sjukdomstillstånd med målsättning att bibehålla hälsa så långt det är möjligt och att leva ett gott liv med sjukdom där det förekommer.

Delar som bildar en helhet

Den gemensamma planen beskriver hur vi arbetar i tre olika nivåer; mikro, meso och makro. Dessa tre samspelar med varandra och utgör ett stöd för arbetet som region och kommun gör tillsammans. Målsättningen för makro meso och mikronivå är gemensam - att förutsättningarna för mötet med den enskilde personen blir bästa möjliga.



Figur: Samverkan mellan olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Källa: *Tillgänglig vård, vägledande strategier och koncept för hållbar utveckling, SKR 2024.*

Den avgörande nivån för värdeskapandet kallas det kliniska mikrosystemet. Det är där patienter och anhöriga möter vårdgivare. Det är här värde skapas för den person som får insatser. Mikrosystemet är den minsta byggstenen i det som utgör vårt system för vård och omsorg och gör invånaren delaktiga utifrån sina

förutsättningar och preferenser. Genom feedback och återkoppling från de som ingår i mikrosystemet kan vård och omsorg utvecklas på ett ändamålsenligt sätt. Tidiga insatser ges för att stödja egna resurser. Tillgänglighet, relation och kontinuitet prioriteras för invånare med komplexa behov och där samordning krävs. ”Jag vet vad som påverkar min hälsa och vad jag själv, med hjälp av mina nätverk, kan göra för att må så bra som möjligt”.

Mellannivån, mesosystemet representerar den organisation som skapar förutsättningar för mikrosystemen. Det kan vara kliniker, vårdavdelningar och IT-verksamheten likaväl som processer för till exempel barnhälsovård, hjärtsjukvård eller enhet för vård- och omsorgsboende och hemtjänst. Här finns teamet kring den enskildes förutsättningar att använda bästa tillgängliga kunskap samt utveckla och förbättra verksamheter.

Ledning på mesonivå har ett gemensamt ansvar för invånare med samordningsbehov och följer upp, efterfrågar resultat och för dialog om kvalitet med verksamheten.

Den nedersta nivån kallas makrosystemet, vilket beskriver verksamheten i en högsta ledning för samverkan mellan huvudmän inom hälso- och sjukvården på regionnivå. Dessa forum tar fram riktning för arbetet genom handlingsplan och följer upp utvecklingen över tid. Genom arbetet för att förverkliga målbilden uttalas gemensamma förväntade resultat: ” Den enskilde ska få en god, sömlös och personcentrerad vård och omsorg, samt att befolkningens hälsa ska förbättras. Det ska ske på ett samordnat, jämlikt och kostnadseffektivt sätt för invånarna i Stockholms län”.

Inför ett arbete för att förbättra tillgänglighet behöver varje ledningsnivå fundera över sin del i att skapa rätt förutsättningar för det arbete som ska utföras. Några av de mest centrala handlar om tydliga ramar för arbetet samt ett antal strukturer för att underlätta dialog, analys och lärande. Kliniska mikrosystem är utvecklat av den amerikanske forskaren och barnläkaren Paul Batalden tillsammans med sina kollegor på The Dartmouth Institute⁴.

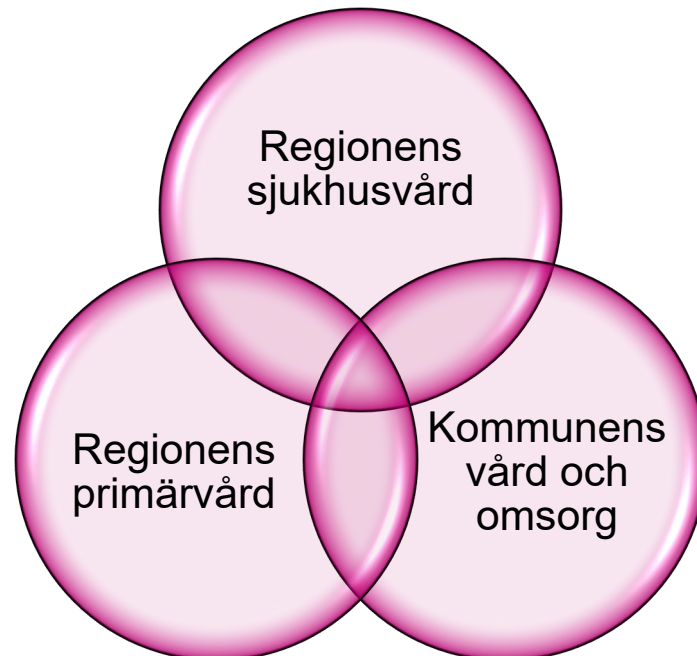
4. Gemensam målbild

I det geografiska området Södertälje pågår omställningen på olika sätt. Genom att organisera arbetet i nätverk och ta ansvar gemensamt både för systemet och för det som behöver ske i organisatoriska mellanrum agerar organisationerna utifrån delar och helhet. Effekten kan ses på individnivå.

⁴ <https://clinicalmicrosystem.org/knowledge-center/microsystem-overview>.



Figur: Arbetet sker tillsammans med samhällsaktörer och invånare. Riktade insatser för gruppen invånare med störst behov. Fokus på förebyggande ansats, proaktiv planering, egenvård och sammanhållen vård och omsorg. Förutsättningar skapas för en nära specialiserad vård, i sömlös samverkan med vårdcentral och kommunala insatser. Förskjutning från vård till hälsofrämjande insatser och förutsättningar för hälsa. Källa Gemensam plan för primärvård, Region Jönköping 2021.



Figur: För att öka genomförandekraften i omställningen till Nära vård och skapa förutsättningar, utgår vi från de olika huvudmän som samverkar. Det är av vikt att överbygga organisatoriska mellanrum så att inte gap uppstår. Genom nätverksorganisering fogar vi samman delar till helhet och tar gemensamt ansvar för det som behöver ske i mellanrummen.

I den kommande texten ges två exempel på hur samverkan i Södertälje påverkar enskilda personer. Hilda och Ragnar är skapade utifrån fakta i verklighetens Södertälje.

Hilda:

Hilda är en flicka på 10 år. Hon går 4:e klass. Hon bor med sin mamma, pappa och storebror i en lägenhet i staden. Hon har haft utmaningar i skolan en längre tid, kommer lätt efter och har svårt i kamratrelationer. Skolan har initierat en remiss till primärvården som gör en första bedömning av vilken hjälp Hilda kan behöva tillsammans med familjen. Barnpsykologen ser att det kan finnas behov av vidare utredning på Barn- och ungdomspsykiatri då man misstänker att Hilda har någon typ av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Då väntetiden på utredningen är lång och Hilda har hög skolfrånvaro har skolan gjort en orosanmälan till socialtjänsten. Socialtjänsten träffar familjen som berättar att Hilda mår dåligt och att det är svårt att motivera henne till skolan, det blir ofta mycket bråk på morgnarna och på söndagskvällarna när Hildas ångest inför skoldagen ökar.



Figur: Hilda, en fiktiv 10-årig Södertäljemedborgare, AI-genererad bild

Ett möte för samordnad individuell plan, SIP-möte initieras av socialtjänsten där föräldrarna, skola och BUP medverkar. Vid mötet kommer man överens om att skolan gör anpassningar i undervisningssituationerna och underlättar för Hilda att dra sig tillbaka i enskildhet när hon upplever att skolmiljön blir för jobbig. Socialtjänsten beviljar familjebehandling för att hjälpa familjen att hitta lågaffektiva sätt för att kommunicera med varandra och skapa bra rutiner för att underlätta morgonsituationerna. BUP meddelar att utredningen är påbörjad men ännu inte färdigställd.

Uppföljning av SIP bokas in om två månader.

Vid uppföljningen träffas familjen, skola, socialtjänst och BUP. Det är fortfarande svårt att motivera Hilda att gå till skolan, även om det är färre bråk på mornarna.

BUP-utredningen är klar och den har konstaterat att Hilda har en intellektuell funktionsnedsättning och autism. BUP har remitterat familjen till habiliteringen för att få stöd utifrån den konstaterade diagnosen.

Skolan som också fått ta del av utredningens resultat förbereder ytterligare anpassningar och ett mottagande till särskolan. Efter överenskommelse avslutas socialtjänstens insats med familjebehandling då hemsituationen är bättre och då familjen ska få stöd från habiliteringen utifrån de konstaterade diagnoserna.

Från habiliteringen får familjen såväl individuella råd- och stödsamtal med kurator som gruppaktiviteter tillsammans med andra familjer. Barn- och ungdomsmedicinska mottagningen, hjälper Hilda med medicinering för att öka förmågan att fokusera samt för att kunna sova bättre. En gemensam planering av anpassning i skolan sker såväl med Hildas skola som med kommunens resurscentrum.

Ett år senare är Hilda mottagen i särskola och fått rätt anpassningar och stöd vilket lett till att Hilda har en normal skolnärvaro. Hilda har fungerande kamratrelationer och mår numera bra.

Ragnar:

Ragnar är en 83 årig änkeman som bor själv i en lägenhet på Karlslundsgatan i Södertälje.

Han har tidigare arbetat som rektor och är van vid att klara sig själv. Han tog tidigare hand om sin hustru tills att hon gick bort för 1,5 år sedan. Han har två vuxna barn varav en bor i Stockholmsområdet. Han har god kontakt med båda barnen. Han ter sig kognitivt intakt och har en stark integritet.

Ragnar går med rollator inomhus och har under vintern haft svårt att komma ut. Han har under det senaste halvåret ramlat vid flera tillfällen i samband med toalettbesök. Då har han lyckats ta sig upp själv och inte nyttjat trygghetslarmet.

Ragnar har motvilligt gått med på att ta emot hjälp med inköp, städ och tvätt från kommunens hemtjänst. Barnen har hjälpt till att motivera honom till att även ta emot trygghetslarm.

Ragnar har hjärtsvikt och insulinbehandlad diabetes med bensår som han regelbundet följs upp för på vårdcentralen. Han har behövt läggas in på Södertälje sjukhus vid tre tillfällen det senaste halvåret för försämring i sin hjärtsvikt och på grund av instabilt blocksocker.



Figur: Ragnar, en fiktiv 83-årig Södertäljemedborgare, AI-genererad bild.

När barnen besökte Ragnar i samband med hans födelsedag upplevde de att han tacklat av lite och att både Ragnar själv och hemmet inte var lika välordnat som tidigare. Ragnar svarar undvikande på frågor om sin personliga hygien. De hittar även möjligen matrester i kylskåpet.

Ragnars barn hörs av per telefon några dagar efter födelsedagsfirandet och lyfter sin oro för pappan. De samtalar om hur de ska gå till väga för att prata med Ragnar om sin oro utan att han tar illa vid sig. De funderar också på hur de ska gå till väga rent praktiskt för att utreda Ragnars behov av hjälp. De har svårt att sätta fingret på vad som behövs och vad som finns att tillgå. Barnen oroar sig särskilt för att Ragnar har ramlat flera gånger och att han inte verkar få i sig tillräckligt med mat.

Sonen ringer äldremottagningen på den vårdcentral där pappan går och sjuksköterskan ser ett behov av kalla till en SIP, samordnad individuell plan. Ragnar och hans barn träffar då både personal från hemsjukvård, rehabenhet, biståndshandläggare och hemtjänst för att kartlägga Ragnars behov av hjälp hemma och anpassning av hans bostad. Med trygghetslarm, rollator och ett extra handtag vid toaletten är han nu trygg hemma mellan besöken av hemsjukvård och hemtjänst

5. Målområden och strategiska inriktningar



Figur: De fem prioriterade länsövergripande målen Källa: Handlingsplan för god och nära vård och omsorg i Stockholms län 2024-2030.

Det övergripande målet med samverkan mellan regionen och kommunerna är att den enskilde ska få en god, sömlös och personcentrerad vård och omsorg, samt att befolkningens hälsa ska förbättras. Det ska ske på ett samordnat, jämlikt och kostnadseffektivt sätt för invånarna i Stockholms län.

Målet har delats upp i fem målområden som tydliggör vilken förflyttning som behöver ske utifrån invånarens perspektiv för att kunna erbjuda en god och nära vård och omsorg.

För respektive målområde finns strategiska inriktningar som över tid bedöms kunna leda till måluppfyllelsen. De strategiska inriktningarna ska vara styrande för länsövergripande samverkan och utgöra riktning och stöd för den lokala samverkan.

Aktiviteter utformas löpande.

För att följa de strategiska inriktningarna ska aktiviteter på kort och lång sikt planeras och genomföras både i den länsövergripande och i den lokala samverkan. För den länsövergripande samverkan kommer prioriterade aktiviteter att tas fram, beslutas om och följas upp i en årlig process. För den lokala samverkan ska aktiviteter planeras, genomföras och följas upp årligen utifrån vad som är prioriterat utifrån lokala förutsättningar.

Indikatorer

För varje målområde kommer också en samlande (aggregerad) indikator att identifieras. Indikatorerna bör vara mått som ger information om förflyttningen, utifrån invånarens perspektiv, och hur den utvecklar sig över tid. Indikatorerna ska vara grundade i vetenskap, relevanta och med fördel förankrade i det gemensamma arbetet med kunskapsstyrningen.

Målområde 1. Sömlös vård och omsorg

Målområde 1 ska kännetecknas av att invånaren möts av en samordnad och integrerad vård och omsorg med primärvården som nav.



För Södertälje betyder det:

- Samverkan mellan kommun och region stärks och utvecklas i gemensamt ansvar
- Vård och omsorg samordnas och utgår från individens behov vid olika typer av vårdövergångar och samtidigt insatser av flera vård- och omsorgsgivare
- Samfinansierade insatser och integrerade verksamheter utvecklas och etableras där det är ändamålsenligt
- Infrastruktur och informationssamverkan mellan aktörer inom region och kommun utvecklas för en samordnad hälso- och sjukvård, därigenom skapas förutsättningar för enhetliga processer och kontinuitet för medborgarna.

För Ragnar betyder det att det finns samverkan upprättad mellan de vårdgivare som han behöver stöd av, exempelvis både hemsjukvården och hemtjänsten, så att de lätt kan kommunicera både med Ragnar och med varandra. Medarbetare i hemsjukvården och hemtjänst har lätt att utbyta information, om det är något som Ragnar behöver hjälp med på ett annorlunda sätt. Hjälpen förändras utifrån Ragnars behov och tillsammans med honom.

Målområde 2. Personcentrerad vård och omsorg

Målområde 2 ska kännetecknas av att invånaren är medskapande och delaktig i sin vård och omsorg.



För Södertälje betyder det:

- Vård och omsorg i Södertälje planeras och organiseras så att förutsättningarna ökar för att medarbetarna i kommun och region att arbeta personcentrerat utifrån individens behov
- Enkla och tydliga kontaktvägar till vård och omsorg, utformade efter invånarnas olika förutsättningar och behov. Tydlig och lättillgänglig information ska utvecklas för att öka begripligheten såväl för invånare som för medarbetare
- Möjligheter för individer och närstående att vara delaktig i planering och utförande av insatser, bland annat genom att använda samordnad individuell plan (SIP)
- Arbetssätt som aktivt involverar patient-, brukar- och anhörigföreningar används i planering och utformning av vård och omsorg

Hilda kan få bra hjälp på ett enkelt sätt. Hon och hennes föräldrar vet vart de ska vända sig för att få hjälp och det är lätt att förstå vilken hjälp hon kan få, till exempel genom patientföreningen Attention. Möten tillsammans med både BUP, BUM och skolan gör att Hilda är delaktig och kan påverka hjälpen hon får så att den passar skoldagarna och att hon kan leva sitt liv på ett självständigt och fritt sätt som andra 10-åringar.

Målområde 3. Befolkningens hälsa ska förbättras

Målområde 3 ska kännetecknas av att invånaren genom hela livet möts av hälsofrämjande och förebyggande insatser.



För Södertälje betyder det:

- Hälsofrämjande och förebyggande arbete stärks och utvecklas i samverkan med kommun, region och civilsamhälle för alla åldersgrupper, med särskilt fokus på grupper med störst risk för ohälsa.
- Vidareutveckla, implementera och följa upp hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt och metoder i vård, omsorg, förskola och skola.
- Fortsatt gemensamt arbete för att främja en god psykisk hälsa samt förebygga och motverka våld i nära relationer för alla åldersgrupper.

Arbete sker med tidiga insatser. Livsmönster som ger effekter på hälsan, som exempelvis matvanor och vanor om fysisk aktivitet grundläggs tidigt i livet. Redan i på mödravården finns möjligheter att fånga upp och förstärka goda levnadsvanor genom motiverande insatser som ger verktyg och kunskap till blivande föräldrar. Familjecentraler som samverkar med förskolan utgör nästa steg i trappan som stödjer barnets väg till en frisk och stark medborgare.

Målområde 4. Jämlig tillgång till vård och omsorg

Målområde 4 ska kännetecknas av att invånaren möts av en likvärdig och tillgänglig vård och omsorg utifrån sina behov.



Det betyder i Södertälje:

- Vård och omsorg är anpassad till det behov som finns hos invånare i Södertälje, med särskild hänsyn tagen till grupper och områden med större vårdbehov och sämre livsvillkor.
- Samverkan sker för att säkerställa att evidensbaserade arbetssätt och tillförlitliga kunskapsstöd används i Södertälje
- Tillgängligheten till digitala tjänster stärks för alla målgrupper och alla medborgare oavsett förutsättningar ges god tillgänglighet till vård och omsorg.

När Ragnar en gång i framtiden lever sina sista dagar har han god kommunikation med de som ger honom hjälp med vård och omsorg i hemmet. Vårdpersonal har goda kunskaper om smärtlindring och vård i livets slutskede. Om han skulle behöva någon utanför den närmsta kretsen av närstående som finns hos honom så kan medarbetare från hemtjänsten vara där och de har god kunskap som gör att han kan känna sig trygg likväl som att medarbetarna har goda kunskaper om vad de kan göra och hantera situationen på ett klokt sätt.

Målområde 5. Kostnadseffektiv vård och omsorg

Målområde 5 ska kännetecknas av att invånaren möts av en vård och omsorg som utgår från bästa tillgängliga kunskap och effektivt resursnyttjande.



Det betyder i Södertälje:

- Utveckla arbetet med nettokostnads kalkyler
- Öka det gemensamma resursnyttjandet och samverkan kring utbildning och kompetens för att säkra tillgången till arbetskraft och kompetens
- Främja den samverkanskultur som präglas av mod, innovation och möjligheter till gemensamt resursnyttjande.

Det betyder i Södertälje att medarbetare har goda kunskaper inom de områden som de arbetar. Valfärdstekniska lösningar används som underlättar för Ragnar och Hilda att vara delaktiga i vård och omsorg som de behöver samtidigt som det blir smidigt för medarbetare att få tillgång till stödjande system och enkla hjälpmedel. Information är i framtiden lätt att ta del av för de som behöver och har rätt att ta del av den. Medarbetare i flera organisationer känner till varandra och har etablerade och välfungerade sätt att samverka.

6. Så omsätts planen i det dagliga arbetet

Den länsövergripande handlingsplanen för god och nära vård och omsorg i Stockholms län antogs i december 2023 och ligger som grund för den lokala samverkansöverenskommelsen i Södertälje. En handlingsplan med prioriterade områden förnyas årligen i linje med den utveckling som sker. Fokus är uppdrag där organisationernas ansvar överlappar varandra och där samverka behöver ske. Uppföljning utgår från de prioriterade mål, strategiska inriktningar, samt relevanta indikatorer.

Ett material finns tillgängligt som ger introduktion av vad god och nära vård innebär. Utifrån en uppsättning förbestämda frågor kan arbetsgrupper, samverkansgrupper samt politiska grupper skapa en god grund för sina förutsättningar att bidra till den gemensamma omställningen till god och nära vård. Frågor att utgå från är:

- Vad har vi för nuläge?
- Vilka mål/ strategiska inriktningar vill och behöver vi fokusera på?
- Vilket stöd/ resurser behöver vi?
- Vad blir nästa steg?

Genom att arbeta med dessa frågeställningar tas de övergripande målsättningarna till den operativa nivån. Tillsammans med personer som får insatser av vård och omsorg kan medarbetare omsätta målsättningarna i praktiken.

7. Uppföljning och utvärdering

Det lokala arbetet kommer årligen att följas upp och utvärderas i linje med den regionövergripande handlingsplanen för nära vård i Stockholmsregionen och de fem identifierade målområdena.

Förslag till indikatorer och process för uppföljning kommer att utvecklas inom ramen för arbetet.

Prioriterade aktiviteter beslutas årligen och framgår tillsammans med indikatorer i bilaga till handlingsplanen.

Bilagor:

Handlingsplan för god och nära vård och omsorg i Stockholms län 2024-2030.
<https://www.storsthlm.se/media/u3nnnftd/handlingsplan-f%C3%B6r-god-och-n%C3%A4ra-v%C3%A5rd-och-omsorg-i-stockholms-l%C3%A4n-2024-2030.pdf>

Prioriterade aktiviteter 2025.

Arbetsmaterial för grupper.