

Gemensam plan för primärvårdsnivå i Jämtland Härjedalen



1	Inledning.....	4
1.1	Syfte med gemensam plan.....	4
1.2	Målbild	4
1.3	Strategier för att förändra och utveckla	4
1.4	Målgrupper	5
1.5	Samverkan vid framtagande av gemensam plan	5
1.6	Giltighetstid och uppföljning.....	5
1.7	Vägledande principer	5
2	Bakgrund	5
2.1	Primärvårdens grunduppdrag	5
2.2	Mål för reformen.....	6
2.3	Möjligheter i Jämtland Härjedalen.....	6
3	Strategi Ökad delaktighet.....	7
3.1	Medskapande och invånarinflytande.....	7
3.2	Personcentrerat förhållningssätt	7
3.2.1	Egenvård.....	8
3.2.2	Individuella planer och sammanhållen planering	9
3.3	Prioriterade aktiviteter för att öka delaktighet.....	10
3.3.1	Vad behöver göras lokalt och verksamhetsnära.....	10
4	Strategi Ökad kontinuitet.....	10
4.1	Betydelsen av kontinuitet	10
4.2	Fasta kontakter	11
4.3	Teamsamverkan	11
4.4	Prioriterade aktiviteter för att öka kontinuitet.....	11
4.4.1	Vad behöver göras lokalt och verksamhetsnära.....	11
5	Strategi Ökad tillgänglighet.....	12
5.1	Betydelsen av god tillgänglighet	12
5.2	Primärvården är navet	12
5.3	Digitaliseringens betydelse	13
5.4	Patientnära analyser (PNA)	13
5.5	Prioriterade aktiviteter för att öka tillgänglighet	13
5.5.1	Vad behöver göras lokalt och verksamhetsnära.....	13

6	Strategi Hälsöfrämjande och förebyggande fokus.....	14
6.1	Folkhälsa.....	14
6.2	Tidiga samordnade insatser	14
6.3	Prioriterade aktiviteter för att uppnå ett hälsofrämjande och förebyggande fokus 16	
6.3.1	Vad behöver göras lokalt och verksamhetsnära.....	16
7	Strategi Ökad samordning och samverkan	16
7.1	Behov av ökad samordning.....	16
7.2	Samverkansnivåer	17
7.3	Lokal systemledning.....	17
7.4	Patientsäkerhet i samverkan.....	18
7.5	Gemensam information och IT-utveckling i samverkan	18
7.6	Forskning och verksamhetsutveckling i samverkan.....	19
7.7	Kompetensförsörjning och kompetensutveckling i samverkan.....	19
7.8	Prioriterade aktiviteter för att uppnå samordning och samverkan.....	20
7.8.1	Vad behöver göras lokalt och verksamhetsnära.....	20
8	Från gemensam plan till genomförande.....	20
9	Bilaga 1: Handlingsplan för länsövergripande aktiviteter i Gemensam plan för primärvårdsnivå i Jämtland Härjedalen	21
9.1	Strategi: Ökad delaktighet.....	21
9.2	Strategi: Ökad kontinuitet.....	22
9.3	Strategi: Ökad tillgänglighet.....	23
9.4	Strategi: Hälsöfrämjande och förebyggande fokus.....	24
9.5	Strategi: Ökad samordning och samverkan	25

1 Inledning

Omställningen till Nära Vård berör såväl regioner och kommuner, oavsett utförare, som civilsamhället. Nära Vård innebär ett nytt sätt att arbeta med hälso- och sjukvård som samspelar tätt med kommunal socialtjänst och omsorg.

Omställningen innebär förändrade arbetssätt där vi förflyttar fokus från isolerade vård- och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus. Från att se invånare som passiva till att bli aktiva medskapare. Från reaktiv till proaktiv och hälsofrämjande vård och omsorg. Från ett fokus på organisation till fokus på person och relation.

Sociala Vård och Omsorgsgruppen (SVOM) i länet beslutade 2021 att ta fram en gemensam plan för primärvårdsnivå utifrån förslaget i "God och Nära Vård – en primärvårdsreform" (SOU 2020:19).

Planen är strategisk och riktar sig till politisk nivå, chefer och medarbetare i verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå. Den samspelar med specialiserad hälso- och sjukvård, socialtjänst, omsorg, elevhälsa och skolverksamhet oavsett utförare samt berör verksamheter med ansvar för till exempel kompetensförsörjning, fastighet, IT, e-hälsa och välfärdsteknik.

1.1 Syfte med gemensam plan

Den gemensamma planen syftar till att skapa närmare och effektivare personcentrerad vård och omsorg. Syftet är också att gemensamt i länet ställa oss bakom en plan som anger en gemensam riktning för samverkan på primärvårdsnivå.

1.2 Målbild

Länets gemensamma målbild "Tillsammans för god hälsa hela livet" är framtagen i samverkan med länets invånare, förtroendevalda politiker och representanter från verksamheterna. Målbilden är beskriven utifrån ett invånarperspektiv som finns presenterat i citatform under varje strategi.

1.3 Strategier för att förändra och utveckla

Den gemensamma planen bygger på fem strategier som tillsammans ligger till grund för att nå målet, "Tillsammans för god hälsa hela livet". Under varje strategi beskrivs vad strategin innebär för invånarna, verksamheterna och medarbetarna samt vad Jämtland Härjedalen gemensamt behöver prioritera för att nå målbilden. De fem strategierna är ökad delaktighet, ökad kontinuitet, ökad tillgänglighet, hälsofrämjande och förebyggande fokus samt ökad samordning och samverkan.

1.4 Målgrupper

Den gemensamma planen omfattar alla i samhället oavsett ålder. Prioriterade målgrupper är de personer som behöver insatser från både region och kommun, och därmed behov av samordning.

1.5 Samverkan vid framtagande av gemensam plan

Planen har tagits fram i samverkan mellan länets åtta kommuner och Region Jämtland Härjedalen. I varje kommun/närvårdsområde finns lokal samverkansarena där en lokal samverkansplan har tagits fram. Dessa lokala planer har givit avtryck i denna länsövergripande plan.

1.6 Giltighetstid och uppföljning

Planen träder i kraft 2023-12-01. Arbetet utifrån planen ska vara långsiktigt. Länsgemensam samverkan ansvarar för genomförande och uppföljning. Målsättningen är att kunna följa att verksamhetsutvecklingen går i linje med omställningen till Nära Vård. De lokala och verksamhetsnära aktiviteter som finns under varje strategi rekommenderas till länets lokala samverkansarenor att adderas till lokala samverkansplaner. Länsövergripande aktiviteter har sammanställts i en handlingsplan för genomförande, se bilaga 1. Effektmått berör alla aktiviteter både lokala och verksamhetsnära samt länsövergripande och finns presenterade i bilaga 1 under respektive strategi. Uppföljning sker regelbundet i länsgemensam samverkan. Planen är ett levande dokument som följs upp årligen i länsgemensam samverkan. Revidering av planen sker var tredje år. I de lokala samverkansarenorna revideras och följs de lokala samverkansplanerna upp regelbundet.

1.7 Vägledande principer

I arbetet med de fem strategierna är nedanstående principer vägledande utifrån ett invånar- och medarbetarperspektiv.

1. Vad är viktigt för invånaren?
2. Vi gör det tillsammans.
3. Vi tar ansvar för eget arbete, återkopplar till steget före och underlättar för steget efter.

2 Bakgrund

2.1 Primärvårdens grunduppdrag

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt:

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,

2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.
6. ~~Från 2024-01-01; t~~ Tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar.

2.2 Mål för reformen

Hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården är navet i vården som samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. För att primärvården ska bli navet inom hälso- och sjukvården behöver en förflyttning från specialiserad vård till primärvård ske. Personer ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Personen ska göras delaktig utifrån sina förutsättningar och behov samt att effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska uppnås. Regeringen har även formulerat mål som en stärkt primärvård bör kunna bidra till: tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Dessa mål finns beskrivna i den gemensamma planens strategier.

En sammanhållen vård och omsorg handlar om att göra vården och omsorgen begriplig, hanterbar, meningsfull och individanpassad genom att stärka övergångar mellan huvudmän och genom att samordna hälso- och sjukvård och omsorg.

Omställningen innebär att vi använder våra gemensamma ekonomiska, professionella och personella resurser utifrån invånarnas behov samt ser till den samlade samhällsnyttan i form av god kvalitet och kostnadseffektivt utförande i länet.

2.3 Möjligheter i Jämtland Härjedalen

I Jämtland Härjedalen finns ett gott samarbete mellan regionen och länets kommuner. Länet är Sveriges tredje största till ytan vilket ofta innebär långa avstånd som har bidragit till nytänkande, utvecklade arbetssätt och samverkan i glesbygd. Goda idéer och nya initiativ behöver fortsatt tas tillvara och framgångsrika pilotprojekts breddinförande behöver underlättas och där det är möjligt göras gemensamt mellan huvudmännen. Sverige står mitt i en omfattande demografisk utmaning. Andelen personer över 80 år beräknas öka med fyrtionio procent mellan år 2020 och 2040 i Jämtland Härjedalen medan andelen personer i yrkesför ålder endast kommer att öka med fyra procent under samma tidsperiod. Genom utarbetande av nya arbetssätt och genom digitalisering kan omställning till Nära Vård bidra till att klara välfärdens utmaningar.

3 Strategi Ökad delaktighet

”Jag är informerad, kan påverka och får berätta hur min livssituation ser ut. När det finns alternativ får jag guidning att välja en lösning som passar mig. Jag blir sedd som en hel människa och jag bidrar till delaktighet utifrån mina förutsättningar och behov.”

”Vi som medarbetare får insyn i helhetsbild och livssituation, tar in hela livsberättelsen och planerar insatser tillsammans. Vi tar tillvara personens kompetens och behov vid beslut och val. Vi möter självständiga personer som söker vård på rätt vårdnivå. Vi ställer nya frågor och tänker brett vilket gör arbetet mer givande.”

”Personen och medarbetare arbetar tillsammans i team som jämbördiga partners och bidrar aktivt till ett bra resultat”.

3.1 Medskapande och invånarinflytande

Dialog med invånarna är avgörande för att utveckla verksamheterna och erbjuda bästa möjliga hälso- och sjukvård och omsorg. Det kan innebära allt ifrån att invånarna finns med som representanter i arbetet till att de utgör referensgrupp. Detta medskapande handlar om att systematiskt utgå från erfarenheter, kunskap och synpunkter från enskilda invånare, närstående och anhöriga, patientföreträdare och patientföreningar och att integrera i utveckling, genomförande och utvärdering.

Ett viktigt område som behöver uppmärksammas i hela omställningen till Nära vård är anhörigas situation. Enligt den nationella anhörigstrategin¹ behöver välfärdens insatser ges med ett anhörigperspektiv. Det innebär att vården och omsorgen utförs med beaktande också av den anhörigas behov. Anhörigvården är mycket omfattande i Sverige. En omställning till God och nära vård får inte leda till att ytterligare vård- och omsorgsansvar läggs på anhöriga. I arbetet med delaktighet och information måste alltid hela familjens hälsa och mående värderas och beaktas.

3.2 Personcentrerat förhållningssätt

Kärnan i Nära Vård är personcentrering. Personcentrerat förhållningssätt² är en förutsättning för att uppnå medskapande och delaktighet men också samordning,

¹ [Nationell anhörigstrategi - Regeringskansliet](#)

² [Personcentrerat förhållningssätt - SKR](#)

tillgänglighet och kontinuitet. En förutsättning för god och jämlik vård är att arbeta normmedvetet. Med ökad kunskap om olika normer i samhället och hur dessa påverkar oss i mötet med invånaren kan vi skapa en mer jämlik hälso- och sjukvård och omsorg.

Det personcentrerade förhållningssättet innebär ett skifte från synen på "patienten" som "mottagare" av vård och omsorg till att personen blir en medskapare utifrån sina behov, erfarenheter och resurser. Detta innebär en helhetssyn på personen och innefattar såväl fysisk och kognitiv förmåga, som motivation, vilja, närmiljö och sociala nätverk. Ökat medskapande säkrar att omställningen utgår från befolkningens behov. Personens erfarenheter har stor potential att förbättra vården och omsorgens kvalitet och bidra till ökad effektivitet. I våra verksamheter pågår ett omställningsarbete till personcentrerade arbetssätt. I länets kommuner sker införande av nya arbetssätt, individens behov i centrum³ (IBIC) och barnens behov i centrum (BBIC) som syftar till att ändra förhållningssättet så att personens behov och inte organisationen blir målet vid planering av insatser.

Vi behöver säkerställa att även minoriteter i Jämtland Härjedalen omfattas av omställningen till Nära Vård. Region Jämtland Härjedalen är en samisk förvaltningsmyndighet och sex av länets åtta kommuner är förvaltningsområden för samiska invånare vilket innebär ett särskilt ansvar att medarbetarna har samisk kulturkompetens samt främja utveckling av nya arbetssätt och metoder för en språk- och kulturanpassad hälso- och sjukvård och omsorg.

3.2.1 Egenvård

Den närmsta vården är egenvård. WHO definierar egenvård⁴ som personer, anhöriga och närstående förmåga att främja och vidmakthålla hälsa, förebygga sjukdom och hantera hälsorelaterade utmaningar med eller utan stöd av vården. Egenvård möjliggör personens självständighet och delaktighet. Enligt lag om egenvård⁵ är egenvård en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att personer kan utföra själv eller med hjälp av någon annan.

Egenvård-egenmonitorering är en möjlighet för personer att få vara medskapare av sin egen hälsa och är en möjlighet för regioner och kommuner att arbeta mer proaktivt. Egenmonitorering, där personen med hjälp av digital teknik kan mäta sina värden och kommunicera med vårdgivaren, där de befinner sig, är en viktig del i omställningen.

³ [Individens behov i centrum - Socialstyrelsen](#)

⁴ [WHO Self-care](#)

⁵ [Lag om egenvård 2022:1250](#)

3.2.2 Individuella planer och sammanhållen planering

En överenskommelse mellan personen och vården där personen blir jämbördig och delaktig i av sin egen hälsa, sitt behov av hälso- och sjukvård och omsorg och får stöd att tillvarata och nyttja sina egna resurser bidrar till samförstånd och delat ansvar mellan personen, vården och omsorgen. Innehållet i överenskommelsen ska spegla vad som ska ske i vårdkontaktarna, när det ska ske samt vem de ska vända sig till.

Till grund för överenskommelsen ligger individuella planer⁶ som beskriver det planerade stödet. Plattformen "sammanhållen planering" på 1177.se ska samla och presentera information och överenskommelser för både personen och medarbetarna. Sammanhållen planering är ett koncept som förenklar i vårdens övergångar samtidigt som det bidrar till andra nyttor för personen, närstående och medarbetare i olika organisationer. Arbetet sker på nationell nivå och behöver utvecklas på regional och lokal nivå.

Lagstiftningen^{7 8} beskriver att en samordnad individuell plan (SIP)⁹ ska upprättas när ett behov av samordning uppstår. Vidare beskrivs vad den ska innehålla samt att personen själv ska vara med i planeringen. I lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård¹⁰ finns SIP med som en central del. Inom hälso- och sjukvård, omsorg och skola ställs det stora krav på samordning. Arbetssätt som följer metoden skapar tydlighet och överblick vilket leder till förbättrad patientsäkerhet. SIP är ett arbetssätt för att möjliggöra personens delaktighet och för att denne ska veta sitt nästa steg. SIP är till för alla oavsett ålder. Syftet med SIP är att se hela människan, alltid utgå från "vad är viktigt för dig". Det ger en helhetsbild som beskriver behovet av insatser och ansvar samt svarar på frågan vem gör vad, var och när. SIP är personens dokument och verksamheternas verktyg.

Vård- och omsorgskollen¹¹ är ett verktyg för återkoppling direkt från personer som har kontakt med vård och omsorg. Vård- och omsorgskollen kan användas i kombination med trygghetsskapande samtal. Om samtalet föranleder någon form av åtgärd dokumenteras samtalet i journalen som en vårdkontakt. Det är även möjligt att använda Vård- och omsorgskollen som uppföljning på en mer övergripande nivå, som en del i kvalitetssäkring av verksamheten.

⁶[SIP - SKR](#)

⁷[HSL 2017:30](#)

⁸[SOL 2001:453](#)

⁹[SIP Jämtland Härjedalen](#)

¹⁰[Lag om utskrivning från slutet hälso- och sjukvård 2017:612](#)

¹¹[Vård och omsorgskollen - SKR](#)

3.3 Prioriterade aktiviteter för att öka delaktighet

3.3.1 Vad behöver göras lokalt och verksamhetsnära

Varje lokal samverkansarena anger i sin lokala plan prioriterade aktiviteter utifrån lokala behov. Den lokala planen rekommenderas även att ta med innehållet i nedanstående aktiviteter:

- *Öka medskapande och medborgarinflytande i våra verksamheter*
- *Implementera personcentrerat förhållningssätt och arbetssätt*
- *Tillse att anhöriga och närståendes situation tas i beaktande, att anhörigstöd finns*
- *Utveckla arbetssätt och metodstöd för SIP*
- *Utveckla arbetet med individuella planer*
- *Öka kunskap om minoriteter, särskilt samisk kulturkompetens*
- *Överväga införande av Vård och omsorgskollen för uppföljning på individnivå*

4 Strategi Ökad kontinuitet

”De jag möter känner mig och min bakgrund. Det gör att vi kan planera framåt och jag behöver inte upprepa det jag redan har sagt. Det gör mig trygg.”

”Vi som medarbetare är informerade och pålästa och kan fokusera på nuläge och önskat läge.”

”Vi arbetar i team där vi litar på varandra och vet att vi tillsammans har en bred kompetens och förmåga.”

4.1 Betydelsen av kontinuitet

Kontinuitet, det vill säga att i så stor utsträckning som möjligt få träffa samma medarbetare, ökar förutsättningarna för en god och säker vård och omsorg, hälsa och patientnöjdhet. Relationskontinuitet är när en person och dennes läkare eller annan vårdpersonal har kontakt över en längre tid, med möjlighet att utveckla en relation. Kontinuitet med goda relationer ökar tillit och trygghet hos personen. Vid god kontinuitet ökar följsamhet till behandling och när kontinuiteten brister ökar sannolikheten att personer söker stöd, vård och omsorg i högre utsträckning. Särskilt angeläget är kontinuitet för personer med psykisk ohälsa, samsjuklighet, multisjuklighet, funktionsnedsättning samt sköra äldre.

4.2 Fasta kontakter

Den fasta läkarkontakten¹² och den fasta vårdkontakten är reglerade i lag¹³. Den fasta läkarkontakten finns i regionens primärvård och har det medicinska ansvaret för utredning och behandling, ur ett primärvårdsperspektiv. Den fasta läkaren ska också informera personen om olika behandlingsalternativ och vara en funktion som personen kan samråda med.

Den fasta vårdkontakten¹⁴ bidrar till trygghet och kontinuitet samt koordinerar och samordnar vården för personer med behov. Den fasta vårdkontakten är inte bunden till profession, annat än i särskilda fall, här avgör behovet vem som är bäst lämpad. Den fasta vårdkontakten återfinns i alla delar av hälso- och sjukvården. Vid flera fasta vårdkontakter ska det framgå vem som har samordningsansvaret.

Fast omsorgskontakt¹⁵ är reglerad i lag¹⁶ syftar till att tillse personens behov av trygghet, kontinuitet, personligt anpassad omsorg och samordning när insatser verkställs och ska erbjudas alla invånare med hemtjänstinsatser.

4.3 Teamsamverkan

Relationskontinuitet uppstår också i relation till en grupp bestående av flera professioner som ger samordnad vård och omsorg som ett team¹⁷. Att arbeta i team är essentiellt för att kunna ställa om från fragmenterade, reaktiva, behovsstyrda och uppgiftsinriktade insatser till personcentrerade, proaktiva, nära och sammanhållna processer. Team på olika vårdnivåer behöver samspela med utgångspunkt från personens behov.

4.4 Prioriterade aktiviteter för att öka kontinuitet

4.4.1 Vad behöver göras lokalt och verksamhetsnära

Varje lokal samverkansarena anger i sin lokala plan prioriterade aktiviteter utifrån lokala behov. Den lokala planen rekommenderas även att ta med innehållet i nedanstående aktiviteter:

- *Implementera arbetssätt för fasta kontakter*
- *Utveckla arbetssätt för teamsamverkan inom samt mellan verksamheter*
- *Utveckla samarbete med mobila team*

¹² [Fast läkarkontakt - Socialstyrelsen](#)

¹³ [Patientlag 2014:821](#)

¹⁴ [Fast vårdkontakt - Socialstyrelsen](#)

¹⁵ [Fast omsorgskontakt – Socialstyrelsen](#)

¹⁶ [Socialtjänstlagen 2001:453](#)

¹⁷ [Multiprofessionella team - SKR](#)

5 Strategi Ökad tillgänglighet

”Jag är trygg med att nå mina kontakter när jag behöver det och på det sätt som passar bäst. Jag tar ansvar för att söka information och kontakt. Digitala hjälpmedel hjälper mig att få en flexiblare vardag.”

”Tydliga arbetssätt och kontaktvägar finns så att vi som medarbetare effektivt kan samverka och stödja personen som har behov. Vi har kunskap och förutsättningar att dela information och använda digitala arbetssätt när det behövs.”

”Vi erbjuder både fysiska och digitala möten utifrån vad som passar personen och situationen bäst. Vi samverkar kring utveckling, användning och förvaltning av nya digitala hjälpmedel där behovsgrund, individnytta och samhällsnytta är tydlig. Patientsäkerhetsaspekten och arbetsmiljöaspekten finns med vid varje beslut.”

5.1 Betydelsen av god tillgänglighet

Tillgänglighet har flera betydelser. Det betyder geografisk närhet, närhet i relation, närhet i form av kontinuitet, trygghet och samordning. Tillgänglighet är också en verksamhet som är lätt att nå digitalt eller fysiskt, är tillgänglig för personer med rörelsehinder eller funktionsnedsättning samt finns i tillräcklig omfattning och har korta väntetider. Det handlar också om att skapa informationstillgänglighet och begriplighet. En tillgänglig vård innebär inte kortare väntetider för invånarna i alla sammanhang utan behöver ställas mot de prioriteringsprinciper för jämlik vård som gäller enligt HSL; den som har det största behovet ska ges företräde till vården. Enligt HSL ska primärvården tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov vilket innebär att relevanta yrkeskategorier inom hälso- och sjukvård behöver finnas tillgängliga i primärvården.

5.2 Primärvården är navet

Primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården. För att primärvården ska bli navet behöver en förflyttning från specialiserad vård till primärvård ske. Denna förflyttning kan ske genom implementering av nya arbetssätt mellan primärvård och specialistsjukvård med exempelvis ökad konsultation. Detta ger ökad tillgänglighet och skapar trygghet för både personen och medarbetaren samt minskar behov av akuta vårdbesök. Tillgänglighetsaspekterna är särskilt viktiga för utsatta och sköra personer. Primärvården ska samspela med övrig hälso- och

sjukvård. Vi behöver i samverkan skapa möjligheter för personer med komplexa vård- och omsorgsbehov att få vård i sitt eget hem när det är möjligt och vård på sjukhus när det behövs.¹⁸

5.3 Digitaliseringens betydelse

Rätt använd skapar digitaliseringen trygghet och stödjer personer till egenvård. Digitaliseringen bidrar i hög grad till ökad tillgänglighet och patientsäkerhet. Risker, etik och sårbarhet, bland annat kopplat till personlig integritet, behöver ständigt bedömas. Sammanhållna och användarvänliga IT-stöd kan presentera och överföra information på ett säkrare och effektivare sätt och säkerställa koordinerade insatser till personer. För medarbetarna ska digitala lösningar vara ett konkret stöd. De ska göra det enklare att fatta beslut, minska administrationen och ge mer tid till det personliga mötet.

5.4 Patientnära analyser (PNA)

En stor andel beslut inom vården baseras på ett resultat från diagnostiska undersökningar. Den del av diagnostiken som sker utanför våra sjukhuslaboratorier (PNA, snabbtester, självtester, egenmonitorering) ökar för varje år. Med PNA menas provtagning och laboratoriemedicinska analyser som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal på patientvårdande enheter geografiskt nära personen. För att säkerställa korrekta diagnoser behöver PNA-verksamheten vara kvalitetssäkrad och ha en förvaltningsorganisation som kan ansvara för utveckling och frågor från verksamheter i hela länet.

5.5 Prioriterade aktiviteter för att öka tillgänglighet

5.5.1 Vad behöver göras lokalt och verksamhetsnära

Varje lokal samverkansarena anger i sin lokala plan prioriterade aktiviteter utifrån lokala behov. Den lokala planen rekommenderas även att ta med innehållet i nedanstående aktiviteter:

- *Kontaktuppgifter för fasta kontakter ska finnas tillgängliga för personen och verksamheterna samt att kontaktvägar och information ska vara anpassade utifrån personens behov*
- *Följa beslutad riktlinje för medicinteknisk utrustning på vårdnivå primärvård¹⁹*
- *Öka den digitala förmågan hos invånarna*
- *Säkerställa tillgången till yrkeskategorier utifrån invånarnas behov*

¹⁸ [Kunskapsstöd hälso- och sjukvård i hemmet - Socialstyrelsen](#)

¹⁹ [Medicinteknisk utrustning samt förbrukningsartiklar för vårdnivån primärvård](#)

6 Strategi Hälsöfrämjande och förebyggande fokus

”Jag tar ansvar för min hälsa. Jag får anpassad information och stöd från hälsa, vård och omsorg i hur jag kan förbättra min hälsa utifrån just min situation.”

”Vi som medarbetare har kunskap och förutsättningar att arbeta utifrån ett hälsofrämjande och förebyggande förhållningssätt.”

”Vi prioriterar tidiga insatser för att bibehålla hälsa och förstår vikten av att tillsammans arbeta förebyggande i alla åldrar för att främja en hälsosam livsstil.”

6.1 Folkhälsa

I den länsövergripande Folkhälsopolicyn²⁰ har länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen tagit fram fyra viktiga utvecklingsområden för att möjliggöra hälsa; tidiga livets villkor, utbildning och arbete, hälsofrämjande miljö samt delaktighet och inflytande. Genom att skapa förutsättningar för goda uppväxtvillkor får vi friskare invånare. För en mer jämlik hälsa behöver det hälsofrämjande och förebyggande arbetet få en högre prioritering i det vardagliga arbetet. Alla aktörer Primärvården har en avgörande roll i det förebyggande arbetet för en jämlik hälsa och behöver ha förutsättningar att arbeta proaktivt genom att ge råd, stöd och tidiga insatser.

Samverkan med civilsamhället är av stor vikt för att möta invånarnas behov. Mötesplatser i samverkan har en viktig funktion i detta arbete. Offentlig sektor kan i egen regi driva mötesplatser som utgår från hälsofrämjande och förebyggande fokus och men även samverka med civilsamhället genom partnerskap.

Den digitala utvecklingen kan bidra till såväl förebyggande som hälsofrämjande insatser. Alla ska ha möjlighet till ökad kontroll över sin egen hälsa, att kunna fatta informerade beslut och uppnå självständighet. Olika digitala stödprogram, egenmonitorering och lättillgänglig information är exempel på nya arbetssätt.

6.2 Tidiga samordnade insatser

Tidiga och samordnade insatser handlar om personer med behov får stöd i ett tidigt skede av en ogynnsam utveckling. Genom att ge tidiga insatser finns möjligheter att förhindra behovet av mer ingripande vård- och omsorgsinsatser. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett viktigt ansvar i att tidigt upptäcka och ge stöd

²⁰ [Folkhälsa i Jämtlands län](#)

till personer med skadligt bruk och beroende. Nationellt pågår ett arbete från 2025 och tre år framåt för att fortsätta utreda delar och samtidigt implementera en samordnad vårdkedja till personer med skadligt bruk eller beroende och samsjuklighet²¹.

Det finns stora utmaningar kring samordning av insatser för barn och unga med psykisk ohälsa som kan leda till brister inom vård och omsorg men också till att barnen och familjerna får negativa upplevelser och minskat förtroende för skolan, vården och omsorgen. Dessutom innebär det ofta att barn och unga och deras familjer får ta ett alldeles för stort ansvar för att själva koordinera och kommunicera olika insatser. För det krävs en förbättrad och utvecklad samverkan mellan skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Tidiga insatser för att ge barn och unga goda förutsättningar att klara grundskolan och gymnasiet betyder mycket för deras välmående och möjlighet till framtida försörjning och god hälsa. Nationellt pågår en förstärkning av arbetet i första linjen för att uppnå tidiga, samordnade insatser för barn och unga, ofta genom samverkan i tvärprofessionella team. En förstärkt första linje kan ha olika verksamheter som bas. Det kan vara skolan och elevhälsan eller primärvården som förstärks med fler kompetenser.

Jämtbus är en länsövergripande överenskommelse om samverkan inom område barn och unga, 0-20 år²². Exempel på modeller för förebyggande arbete kring barn och unga i samverkan är Föräldraskapsstöd²³.

I takt med att den åldrade befolkningen ökar blir behovet att förstå komplexiteten hos den åldrande personen alltmer angeläget. Äldre sköra personer kännetecknas inte sällan av stort lidande, hög vårdkonsumtion, fragmenterad vård och är ofta beroende av anhöriga. WHO har lyft fram begreppet frailty²⁴, översatt till skörhet på svenska, för att fånga den äldre personens svårigheter att klara sin vardag. Tillståndet definieras utifrån ökad sårbarhet, nedsatt förmåga att klara stressituationer och nedsatta kroppsfunktioner. Även personer i yngre åldrar kan ha särskilda behov och behöva särskilda insatser. Trygg och säker hemma är en modell för förebyggande arbete i Jämtland Härjedalen. Syftet är att identifiera och stödja personer med risk för ohälsa och ge tidiga insatser. Modellen kan användas till alla personer med behov av vård och/eller omsorg. I Jämtland Härjedalen ska alla verksamheter arbeta strukturerat enligt modellen, där verktyget SIP finns med. Överenskommelser i samverkan finns och gäller oavsett utförare. Lokala rutiner kan tas fram i den lokala samverkansarenan.

²¹ [Från delar till helhet](#)

²² [Jämtbus överenskommelse för barn och unga](#)

²³ [Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd](#)

²⁴ [Clinical frailty-scale SBU](#)

6.3 Prioriterade aktiviteter för att uppnå ett hälsofrämjande och förebyggande fokus

6.3.1 Vad behöver göras lokalt och verksamhetsnära

Varje lokal samverkansarena anger i sin lokala plan prioriterade aktiviteter utifrån lokala behov. Den lokala planen rekommenderas även att ta med innehållet i nedanstående aktiviteter:

- *Följa beslutade överenskommelser och riktlinjer gällande barn och unga, särskilt för placerade barn*
- *Utveckla arbetssätt, samverkansformer och mötesplatser för att arbeta hälsofrämjande och förebyggande*
- *Säkerställa att lokal samverkan i barnhälsoteam och Jämtbusnätverk finns i alla kommuner, med koppling till lokal samverkansarena*

7 Strategi Ökad samordning och samverkan

”De jag möter samverkar och har rätt kompetens utifrån mina behov.”

”Medarbetare tillämpar ett personcentrerat arbetssätt där vi vid behov på ett enkelt sätt kan konsultera kollegor. All information som behövs finns enkelt att tillgå.”

”Vi arbetar personcentrerat och med tillit. Vi löser samordning, samverkan och samarbete på bästa sätt utifrån ett effektivt användande av resurser och kompetens.”

7.1 Behov av ökad samordning

En av de stora utmaningarna för hälso- och sjukvården och omsorgen i Sverige är att samordna insatserna för invånarna. Bristande samordning leder ofta till en försämrad upplevelse för personen som har behoven, i vissa fall leder det också till en kvalitativt sämre vård eller omsorg. Brister leder till ökade kostnader, bland annat på grund av att åtgärder upprepas i onödan. När vården och omsorgen inte samordnar sina insatser övervältras också en stor del av den samordnande rollen till personen själv, vårdnadshavaren eller närstående. Verksamheterna är i dag till stor del organiserade för att möta personer med mer avgränsade behov. Vården och omsorgen behöver hitta nya lösningar för att anpassa sig till samsjuklighet och multisjuklighet. För att öka samverkan kan även samlokalisering vara en viktig

faktor som bidrar till närhet och effektivitet. Samlokalisering underlättar teamsamarbete över huvudmannagränser exempelvis genom nyttjande av varandras kompetenser för individanpassning av insatser.

7.2 Samverkansnivåer

Tillit mellan huvudmännen förenklar uppdraget till att utveckla en god och nära vård. Den samlade ledningen behöver karaktäriseras av helhetssyn, samarbete och tillit, i såväl struktur som kultur och i faktiska beslut. Huvudmän och vårdgivare behöver utveckla ett samarbete som upplevs sömlöst för befolkningen och medarbetarna. Regionen och kommunernas olika verksamheter har ett särskilt ansvar att leda arbetet tillsammans. På verksamhetsnivå behöver ledarskapet skapa förutsättningar och efterfråga resultat.

Samverkansstrukturen i Jämtland Härjedalen kan beskrivas utifrån tre nivåer; läns-gemensam samverkan, lokala samverkansarenor²⁵ och verksamhetsnära samverkan. Dessa ska samspela med varandra och stödja utförandet av primärvårdsuppdraget som regionen och kommunerna har tillsammans. Uppdraget för läns-gemensam samverkan är att ge förutsättningar för lokala samverkansarenor och verksamhetsnära samverkan att nå målbilden. De lokala samverkansarenorna i varje kommun/ närvårdsområde skapar i sin tur förutsättningar för medarbetarna att arbeta personcentrerat och ta tillvara personens förutsättningar för att nå god hälsa.

7.3 Lokal systemledning

Lokal samverkansarena finns i varje kommun/närvårdsområde och har bland annat i uppgift att på lokal strategisk nivå ha en lokal gemensam plan för primärvårdsnivån, för att möta behovet av samordning. Lokal samverkansarena utgör en lokal systemledning med mandat att implementera och följa upp den lokala samverkansplanen för respektive kommun/närvårdsområde men har också i uppdrag att implementera och följa upp aktiviteter i den länsövergripande strategiska planen på verksamhetsnära nivå. Uppdragsbeskrivning för lokala samverkansarenor beslutas i läns-gemensam samverkan.

Varje lokal samverkansarena kan utifrån behov och förutsättningar skapa lokalgeografiska samverkansgrupper. Lokalgeografiska samverkansgrupper syftar till att fördjupa den operativa samverkan i olika kommundelar och till att organisera arbetet lokalt, ex. säkerställa individens trygga övergångar mellan huvudmän och

²⁵ [Lokala samverkansarenor för vårdnivån primärvård i Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner](#)

verksamheter. Former, uppdrag, representation och mandat för samverkansgrupperna beslutas i lokal samverkansarena.

7.4 Patientsäkerhet i samverkan

Socialstyrelsens vision för det nationella patientsäkerhetsarbetet är God och säker vård – överallt och alltid. Det gemensamma målet är tydligt, ingen person ska behöva drabbas av vårdskada. I den nationella handlingsplanen "Agera för säker vård"²⁶ framgår att om vården ska kunna bli säkrare behövs uppföljning, utvärdering och analys som synliggör läget och ger ett kunskapsunderlag in i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Uppföljningen behöver lyfta fram framgångsfaktorer och förebyggande arbetssätt samt belysa skillnader i utfall och följa utvecklingen.

Kunskapsstyrning²⁷ handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom vård och omsorg och omfattar områden; kunskapsstöd, uppföljning och analys samt ledarskap. Kunskapsstödet bidrar till personens delaktighet i sin hälsa och sjukvård och omsorg och är ett stöd för medarbetaren ett stöd vid i sitt utövande beslutsfattande. Utveckling och implementering av kunskapsstyrning behöver ske i samverkan mellan regionen och länets kommuner och samspela med förflyttningen till Nära vård.

7.5 Gemensam information och IT-utveckling i samverkan

En patientsäker vård och omsorg bygger på att information om personer som behövs för aktiviteternas genomförande finns tillgänglig. Enligt lag 2022:913 om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation möjliggörs nu detta. För att skapa en gemensam plattform krävs både samverkan och gemensamma arbetssätt, att regionen och länets kommuner definierar en gemensam grund. Informationen som rör personen är många gånger fragmentiserad, den följer inte alltid personen och den bidrar inte tillräckligt mycket för att skapa nytta och värde. En sammanhållen vård och omsorgsdokumentation kan bidra till högre effektivitet och samtidigt ge bättre vård. Samarbetet kring gemensamma IT-lösningar mellan huvudmännen behöver öka. Detta är en fråga för högsta ledningsnivå då besluten påverkar mer än enbart kärnverksamheten, vård och omsorg. Detta ställer krav på utveckling och förändrade arbetssätt och kräver en långsiktig strategi för IT-utveckling både internt och i samverkan mellan huvudmän, där e-hälsa och välfärdsteknik också ställer krav på bredbandsutbyggnad i hela länet.

²⁶ [Nationell handlingsplan för patientsäkerhet](#)

²⁷ [Nationellt system för kunskapsstyrning - SKR](#)

7.6 Forskning och verksamhetsutveckling i samverkan

Att säkerställa och möjliggöra utveckling och innovation är en central del i ett hållbart och uthålligt samhällssystem. Detta innebär att det måste etableras förutsättningar för livskraftig och uthållig forsknings- och utbildningsverksamhet även utanför de traditionella miljöerna i hälso- och sjukvården.

Verksamhetsnära forskning och utveckling, med aktiv medverkan av den enskilde kan tillsammans skapa förutsättningar för en kunskapsbaserad och Nära Vård. Invånarnas medverkan i utvecklingen är en förutsättning för att utveckla innovativa lösningar och nya arbetssätt. För att nya verktyg och arbetssätt ska få genomslag krävs implementering. Det räcker sällan med att upprätta riktlinjer för att få genomslag inom verksamheterna. Vid införande av en ny riktlinje och/eller ny rutin måste följsamhet säkerställas för att implementeringen ska lyckas.

7.7 Kompetensförsörjning och kompetensutveckling i samverkan

Vårdens och omsorgens kompetensförsörjning och kompetensutveckling behöver tillgodoses på ett långsiktigt, hållbart sätt så att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens. Ett fungerande kompetensförsörjningsarbete har två centrala flöden: rekrytering till jobb (via utbildningssystemet, matchning, omställning eller inflyttning) samt kontinuerlig kompetensutveckling för redan anställda, något som blir allt viktigare i takt med arbetslivets allt snabbare förändring. Strategiska satsningar i samverkan med exempelvis delade forskningstjänster är viktigt för att bibehålla kompetens i länet.

Jämtland Härjedalen behöver verka för att stärka kompetensutveckling utifrån verksamheters behov och stärka en hälsofrämjande och hållbar arbetsmiljö samt att tillse att förutsättningar finns för tillitsbaserat ledarskap. De arbetsgivare som skapar förutsättningar för medarbetare att utvecklas lyckas bättre med att behålla kompetens. Genom att vara en attraktiv arbetsgivare kan kompetens och kunskap bibehållas vilket gör **hela** Jämtland Härjedalen till ett attraktivt län att leva i.

För att säkerställa att verksamheterna arbetar evidensbaserat i samverkan kan ett gemensamt nyttjande av en kompetensportal och ett gemensamt kliniskt träningscentrum (KTC) vara av stor vikt. En samlad kunskapsbank för lärande enligt senaste rön säkrar god kvalitet i standardiserade metoder. För medarbetare möjliggör kompetensportalen större möjlighet att upprätthålla och inhämta ny kunskap och öka sin kompetens.

7.8 Prioriterade aktiviteter för att uppnå samordning och samverkan

7.8.1 Vad behöver göras lokalt och verksamhetsnära

Varje lokal samverkansarena anger i sin lokala plan prioriterade aktiviteter utifrån lokala behov. Den lokala planen rekommenderas även att ta med innehållet i nedanstående aktiviteter:

- *Delade tjänster i samverkan*
- *Införande av samordningsfunktioner*
- *Beakta möjligheterna till samlokalisering av verksamheter för att öka samverkan och ett effektivt nyttjande av resurser och kompetens*
- *Riskbedömning, analyser och avvikelshantering kopplat till patientsäkerhet i samverkan*
- *Samverkan kring forskning och kompetensutveckling*

8 Från gemensam plan till genomförande

Omställning till Nära vård har startat i våra verksamheter. De vägledande principerna; *Vad är viktigt för invånaren?. Vi gör det tillsammans. Vi tar ansvar för eget arbete, återkopplar till steget före och underlättar för steget efter* behöver ge effekt och avtryck i våra verksamheter. Ledarskapet behöver baseras på tillit och främja utveckling där medarbetarna ges förutsättningar att arbeta personcentrerat och skapa nya arbetssätt. Politiker och tjänstepersoners delaktighet i förflyttningen är av betydelse för att skapa den förståelse och insikt som krävs och de behöver ha modet att ta de strategiska och viktiga beslut som krävs framåt. En gemensam uppföljning i samverkansarenorna utgör sedan förutsättningen för en sluten cirkel av lärande och utveckling.

Gemensam plan för vårdnivå primärvård i Jämtland Härjedalen ger samsyn och tydlighet. För invånarna ska planen ge ökad delaktighet, tillgänglighet och kontinuitet för ett attraktivt län att leva i. Det innebär ett skifte från dagens hälsosystem till ett system som är designat för våra invånare. Den gemensamma planen anger riktningen i vår hälso- och sjukvård och omsorg på primärvårdsnivå och tydliggör vad som behöver göras för att nå målet ”Tillsammans för god hälsa hela livet”.

9 Bilaga 1: Handlingsplan för länsövergripande prioriteringar av aktiviteter i Gemensam plan för primärvårdsnivå i Jämtland Härjedalen

9.1 Strategi: Ökad delaktighet

Effektmått	Målvärde	Uppföljning
Antal SIP upprättade i Cosmic LINK, fördelat på barn och unga resp. vuxna	Ökat antal upprättade SIP jämfört med föregående år	Mått följs minst halvårsvis i Fredagsgruppen/ SamReKo HSI
Upplevelse av trygghet och delaktighet, uppföljning på systemnivå	Ökad upplevelse av trygghet och delaktighet	Via Vård och omsorgskollen

Prioritet	Aktivitet	Delaktivitet	Status	Mått	Målvärde
2023–2024	<i>Utveckla personcentrerat förhållningssätt och arbetssätt i samverkan</i>	Ta fram gemensamma begrepp och synsätt	Grund för personcentrerat förhållningssätt och arbetssätt i samverkan pågår i kommunikationsplanen	Gemensamma begrepp och synsätt för personcentrerad finns	ja/nej
		Ta fram en mall för gemensamma dokument som säkerställer att de genomsyras av personcentrerat förhållningssätt	Ingår i uppdraget från SVOM gällande översyn av länsamverkan och samverkansarenor	Personcentrerat perspektiv finns i samverkansdokument	ja/nej
2024–2025	<i>Kartlägga behov av samverkan vid egenmonitorering</i>	Kartlägga behovet	Ej påbörjat	Kartläggning genomförd	ja/nej
		Pilot i samverkan		Pilot genomförd	

9.2 Strategi: Ökad kontinuitet

Effektmått	Målvärde	Uppföljning
Kontinuitets-index, kronisk sjukdom, primärvård (region)	Ska öka från föregående år	Fredagsgruppen

Prioritet	Aktivitet	Delaktivitet	Status	Mått	Målvärde
2023-2024	<i>Utveckla rutiner och arbetssätt för fasta kontakter</i>	Handlingsplan fasta kontakter etc.	Arbete pågår	Är handlingsplanen uppföljd?	ja/nej
2024-2025	<i>Utveckla samordning och arbetssätt för säkerställd kontinuitet vid personens övergångar mellan verksamheter</i>	Från förskoleålder till skolålder	Ingår till viss del i Jämtbus-överenskommelsen	Finns forum för att säkerställa kontinuiteten vid personens övergångar mellan verksamheter?	ja/nej
		Vid psykisk ohälsa övergång till vuxenblivande	Ej påbörjat		
		Mellan barn- och ungdomshabilitering och vuxenhabilitering	Ingår i överenskommelse om samverkan vuxenhab som tas fram på uppdrag av SVOM		
		Mellan verksamheter med ansvar för placerade barn och unga	Pågår Överenskommelse och riktlinjer placerade barn ska följas		
		Utveckla arbetssätt vid utskrivning från sjukhus	Pågår Följ avtal och riktlinjer vid utskrivning från sjukhus		
2024-2025	<i>Säkerställa kontinuitet för personer med funktionsnedsättning</i>	Ansvarsfördelning vid hälso- och sjukvård i hemmet för personer med personlig assistans	Ingår i rev. Samverkansavtal	Ingår ansvarsfördelningen i samverkans-avtalet?	ja/nej
		Rutin för läkarmedverkan vid LSS-boenden	Pågår	Finns fast läkarkontakt? Finns rutin?	ja/nej
2024-2025	<i>Säkerställa kontinuitet för personer med hälso- och sjukvård i ordinärt boende</i>	Läkarmedverkan i ordinärt boende inkl. korttids Fasta kontakter	Pågår	Finns personcentrerat perspektiv? Finns fasta kontakter? Finns rutin?	ja/nej

9.3 Strategi: Ökad tillgänglighet

Effektmått	Målvärde	Uppföljning
Läkarbesök i hemmet (inkl. SÄBO)	Ska öka från föregående år	Fredagsgruppen
Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom	Ska minska från föregående år	Fredagsgruppen

Prioritet	Aktivitet	Delaktivitet	Status	Mått	Målvärde
2025-2026	<i>Kartlägga tillgänglighet jourtid för vårdnivå primärvård i hela länet</i>	Genomföra kartläggning	Ej påbörjat, uppdrag behövs	Kartläggning och analys genomförd?	ja/nej
		Analys utifrån kartläggning			
2024-2025	<i>Utveckla arbetssätt för konsultation mellan alla professioner, vårdgivare och vårdnivåer</i>	Utveckla samverkan mellan primärvård och specialistvård	Ej påbörjat	Finns fungerande flöden	ja/nej Goda exempel
2024-2025	<i>Strukturerar samverkan kring personer boende i SÄBO, korttidsboende samt kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende</i>	Läkarmedverkan i SÄBO utvecklad rutin	Pågår	Uppdaterad rutin finns	ja/nej
		Pilot i samverkan	Ej påbörjat	Pilot genomförd	ja/nej
2024-2025	<i>Ta fram vägledande principer för andra vårdformer</i>	Utveckla principer	Ej påbörjat, uppdrag behövs	Finns vägledande principer för andra vårdformer	ja/nej
2024-2025	<i>Utveckla patientnära analyser (PNA) i samverkan</i>	Utreda behovet av gemensam struktur för implementering och förvaltning	Ej påbörjat, uppdrag behövs	Finns principer för PNA?	ja/nej
		Uppföljning av förteckning av medicinskt teknisk utrustning och förbrukningsartiklar på vårdnivå primärvård	Pågår	Behov av tillägg i riktlinjen. Följs riktlinje för medicinteknisk utrustning på vårdnivå primärvård	ja/nej

9.4 Strategi: Hälsöfrämjande och förebyggande fokus

Effektmått	Målvärde	Uppföljning
Elever i åk 9 som är behörig till yrkesprogram på gymnasiet	Ska öka från föregående år	Fredagsgruppen
Självskattat allmänt hälsotillstånd (Hälsa på lika villkor)	Ska öka från föregående år	Fredagsgruppen

Prioritet	Aktivitet	Delaktivitet	Status	Mått	Målvärde
2024– 2025	<i>Utveckla arbetssätt för tidig upptäckt och tidiga samordnade insatser</i>	Utveckla arbetssätt i samverkan för målgruppen barn och unga	Initiativ pågår och kan utvecklas	Finns arbetssätt för tidig upptäckt och tidiga samordnade insatser för barn och unga?	ja/nej
		Utveckla arbetssätt i samverkan för personer med riskbruk och beroende	Ej påbörjat, avvaktar beslut från samsjuklighetsutredningen.	Finns arbetssätt för tidig upptäckt och tidiga samordnade insatser för personer med riskbruk och beroende?	
		Utveckla arbetssätt i samverkan för personer med psykisk ohälsa	Se status samsjuklighetsutredningen ovan. Handlingsplan för kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen Område psykisk hälsa	Finns arbetssätt för tidig upptäckt och tidiga samordnade insatser för personer med psykisk ohälsa?	ja/nej
		Utveckla arbetssätt i samverkan för personer med komplexa vård- och omsorgsbehov <ul style="list-style-type: none"> Klargöra behov av gemensamma kvalitetsregister Utveckla möjlighet att mäta risk-bedömningar samt dokumenterade åtgärder 		Finns gemensam syn på behovet av gemensamma kvalitetsregister? Finns möjlighet att mäta riskbedömningar samt dokumenterade åtgärder?	ja/nej Lyfta goda exempel

9.5 Strategi: Ökad samordning och samverkan

Effektmått	Målvärde	Uppföljning
Finns fungerande samverkansarenor utifrån samverkandirektiv i varje kommun/närvårdsområde	ja/nej	Fredagsgruppen

Prioritet	Aktivitet	Delaktivitet	Status	Mått	Målvärde
2025–2026	<i>Samverka kring kompetensförsörjning på primärvårdsnivå</i>	Verka för att utbildningsmöjligheter finns i länet inklusive VFU		Kompetensförsörjning diskuteras i samverkan	Tas upp i protokoll för Fredagsgrupp och lokal samverkans-arena Goda exempel
		Verka för delade tjänster mellan huvudmän (delad finansiering)			
2025–2026	<i>Samverka kring kompetensutveckling på primärvårdsnivå</i>	Utreda möjlighet till gemensamt nyttjande av kliniskt träningscentrum	Ej påbörjat	Har utredning genomförts	ja/nej?
		<ul style="list-style-type: none"> Regionintern analys av möjligheter 			
		Kartlägga behov av gemensam kunskapsportal	Ej påbörjat	Har kartläggning genomförts	ja/nej?
		<ul style="list-style-type: none"> Inventera behov/intresse av gemensam portal, delade utbildningar mm 			
		Säkerställa att samarbetet med kunskapsstöd genomsyras av proaktivt, hälsofrämjande och personcentrerat förhållningssätt	Pågår	Har arbetet skett utifrån ett proaktivt, hälsofrämjande och personcentrerat förhållningssätt?	ja/nej
		Säkerställa att beslutade vårdförlopp är implementerade i verksamheterna		Är gällande kunskapsstöd kända och tillgängliga för verksamheterna	
2024–2025	<i>Arbeta för forum och struktur för samverkan vid utveckling, implementering och förvaltning av IT-system samt medicinteknisk utrustning</i>	Ta fram struktur för samverkan inom IT-system samt medicinteknisk utrustning	Ej påbörjat	Finns struktur?	ja/nej
		Tillse forum för länsövergripande samt verksamhetsnära utveckling av IT-system samt medicinteknisk utrustning	Ej påbörjat	Finns forum?	ja/nej

		Skapa arbetssätt för implementering, utveckling och förvaltning av IT-system samt medicinteknisk utrustning i samverkan	Ej påbörjat	Finns struktur för implementering, utveckling och förvaltning?	ja/nej
2024–2025	<i>Skapa överenskommelse för säkra digitala möten</i>	Arbeta fram överenskommelse och arbetssätt i samverkan	Ej påbörjat	Har överenskommelse tecknats? Finns arbetssätt framtaget?	ja/nej