



FoU-rapport 87:2022

Omställningen till nära vård ur socialtjänstens perspektiv En kunskapssammanställning

*Jessica Sjögren
Lina Helgstrand*

**FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete
Kommunerna i Boxholm, Kinda, Linköping, Mjölby, Motala, Vadstena, Ydre,
Åtvidaberg och Ödeshög samt Linköpings universitet**

Sammanfattning

Denna kunskapssammanställning är ett första steg i en östgötsk mellankommunal satsning på nära vård och omsorg ur ett socialtjänstperspektiv. Syftet med denna kunskapssammanställningen är att ge en bakgrund och beskrivning av kunskapsläget avseende omställningen mot nära vård. Syftet är också att påbörja diskussioner om hur denna omställning kan genomföras och studeras ur ett kommunalt perspektiv..

Mot bakgrund av behovet att på ett bättre sätt möta framtidens utmaningar och öka allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården finns ett behov av att reformera vården utifrån idén om närhet och tillgänglighet. Begreppet nära vård är varken tydligt definierat eller avgränsat men de nyckelord som presenteras närmare i denna kunskapssammanställning är *närhet*, *personcentrerad vård*, *brukarinflytande* och *delaktighet* samt *helhetssyn*. Det övergripande perspektivet handlar om personcentrerad välfärd genom vård, omsorg och socialt arbete som i högre utsträckning utgår från medborgarnas olika behov och förutsättningar snarare än organisationens prioriteringar och uppsatta mål.

En stor utmaning i omställningen mot en nära vård är hur vi vet att en omställning sker och hur mäter vi omställningen? Flera av de framtagna indikatorerna har ett tydligt utgångspunkt från ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Här finns ett tydligt behov av ytterligare kunskap ur ett socialtjänstperspektiv men också en utmaning i att hitta undersökningsmetoder för att verkligen komma åt kärnan i en personcentrerad ansats inom vård såväl som inom omsorg och socialt arbete med andra målgrupper. Metoderna omfattar mätbara kvantitativa data såväl som mer fördjupande och kvalitativa data.

Det finns redan pågående exempel på rörelsen mot en mer nära vård på många håll i landet såväl som i Östergötland. En del gör det med en uttrycklig ambition att uppnå nära och god vård, andra arbetar med metoder och målgrupper som berörs som är särskilt kännetecknande för behovet av omställningen till nära vård men utan att uttryckligen säga så. En grundläggande kartläggning av utbudet inom socialtjänstens verksamheter i Östergötlands alla kommuner blir således en viktig del för att följa omställningen till nära vård.

Utifrån resultaten i denna kunskapssammanställning har följande relevanta delområden identifierats: *personcentrering*, *brukardelaktighet och inflytande*, *samverkan*, *kompetens och kunskap samt digitalisering*. Dessa områden kan ses som en utgångspunkt för utformning av innovationer samt studier för att följa omställningen mot nära vård i Östergötland. Med vägledning av kunskap om vad invånarna önskar i mötet med välfärdens organisationer kan utvecklingen under de kommande åren förhoppningsvis bana väg för en nära socialtjänst. En socialtjänst som i högre grad präglas av rätt insatser i rätt tid, respektfullt bemötande samt ett stöd som i en medskapande process utgår från individens behov och brukares delaktighet.

Innehåll

Bakgrund	2
Definitioner och nyckelbegrepp	5
Närhet	5
Personcentrerad vård, omsorg och socialt arbete	5
Brukarinflytande och delaktighet	7
Helhetssyn	8
Diskussion	9
Hälso- och sjukvård och socialtjänst – skillnader och likheter	11
Att följa omställningen till nära vård - diskussion om variabler och data	14
Befintliga förslag på indikatorer för nära vård	14
Öppna jämförelser	16
Nationella brukarundersökningar	17
Att mäta och undersöka personcentrerad vård	17
Diskussion	18
Exempel på verksamheter som belyser nära vård-aspekter	21
Att växa upp	21
Mitt i livet	22
Att åldras	22
Målgruppsövergripande projekt	23
Medarbetare	24
Slutdiskussion	25
Slutord	28
Referenser	29

Bakgrund

Denna kunskapssammanställning är ett första steg i en östgötsk mellankommunal satsning på nära vård och omsorg ur ett socialtjänstperspektiv. Ambitionen är att utveckla en kommungemensam och interaktiv modell för kunskaps- och verksamhetsutveckling med färdriktning mot en nära vård och omsorg in de kommunala verksamheterna. Kunskapssammanställningen syftar till att ge en bakgrund till omställningen mot nära vård, att beskriva centrala och näraliggande begrepp samt att ge exempel på verksamheter som arbetar i enlighet med riktlinjer för en nära vård. Men syftet är också att påbörja diskussioner om hur denna omställning kan förstås och genomföras ur ett kommunalt perspektiv samt visa på viktiga skillnader och likheter som finns mellan hälso- och sjukvård respektive socialtjänst.

Kunskapssammanställningen har utgått ifrån en bred frågeställning och syftar till att utgöra ett underlag för fortsatta studier av omställningen till nära vård i Östergötland. I den meningen kan den förstås som en allmän litteraturstudie då den vill ge en beskrivning av kunskapsläget inom ett specifikt område innan ytterligare studier görs. I en indelning av olika sorters litteraturstudier av Forsberg & Wengström (2003) analyserar en allmän litteraturstudie ett urval av studier eller annat material, dock utan någon särskild systematik. I vetenskapliga studier är bristen på systematik ett kvalitetsproblem då det finns risk för att felaktiga slutsatser dras från analysen av materialet. Som nämnts tidigare är denna kunskapssammanställning ett första steg i en interaktiv arbetsprocess där interaktion mellan forskare och verksamhet är central. För att undvika att felaktiga slutsatser dras kommer denna text att granskas och kommenteras av olika aktörer som berörs av nära vård-omställningen. Texten kan i nuläget läsas som en del av utvecklingsarbetet mot nära vård, snarare än en fullskalig analys av området.

Föreliggande text är en sammanställning av olika typer av källor, framför allt offentligt tryck av olika slag. Den forskning som hänvisas till har inte analyserats i förhållande till nära vård-omställningen specifikt utan ska förstås mer som ett stöd för kontextualisering och bakgrund. En orsak till detta är att forskning med explicit fokus på nära vård och socialtjänstens organisation är mycket begränsad, vilket har visat sig efter systematiska sökningar i databaser för publikationer. Detta är ett forskningsfält i vardande och på sikt kan en mer systematisk granskning av det som är skrivet vara en viktig del i kunskapsutvecklingen.

Området för denna kunskapssammanställning är välfärdssystemets omställning till nära vård och omsorg med särskilt fokus på den kommunala socialtjänstens perspektiv. Omställningen till nära vård är ett reformarbete som initierades av regeringen och berörde i första hand en omstrukturering av hälso- och sjukvårdens organisering (SOU 2020:19). Mot bakgrund av behovet att på ett bättre sätt möta framtidens utmaningar och öka allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården ser man i de offentliga utredningar som gjorts ett behov av att i högre grad strukturera vården utifrån idén om närhet och tillgänglighet. Det vill säga att vården ska komma närmare patienter och brukare och att hälso- och sjukvårdssystemet behöver

organiseras med fokus på de människor man möter snarare än på sjukdomar och institutioner (SOU 2020:19, s.64).

Många av de offentliga förslag till omstruktureringar och omorganiseringar rör den regionala nivån där ett särskilt fokus läggs på primärvården. Primärvården beskrivs som ett nav för omställningen till nära vård. Det är här vården kan komma närmare befolkningen och här vården kan bedrivas på ett kvalitativt och tillgängligt vis. Regeringens utredare är dock noggranna med att poängtera att omställningen till nära vård inte är en primärvårdsreform utan mer kan beskrivas som ett förhållningssätt och ett nytt sätt att tänka när det gäller all hälso- och sjukvård (SOU 2020:19). Kommunen är också en viktig aktör inom välfärdsområdet, inte minst genom att vara en del av primärvården. Men också i fråga om andra typer av välfärdstjänster, exempelvis det arbete som drivs inom socialtjänstens övriga verksamheter och kommunerna berörs därför i högsta grad av omställningen till nära vård. Frågan är hur denna omställning ter sig ur ett kommunalt perspektiv med särskilt fokus på socialtjänstens organisation, struktur och service? Det är frågor som denna kunskapsammansättning ämnar behandla.

Den omställning till nära vård som är aktuell i denna kunskapsammansättning är inte det första steget som tas i Sverige. Snarare kan omställningen ses som en del av en rörelse som startade för flera decennier sedan i syfte att minska slutenvård och institutionsvård till förmån för hemmaplanslösningar och en mer decentraliserad organisering av hälso- och sjukvård - en hälso- och sjukvård som kommer närmare medborgarna. Exempel på sådana reformer är bland annat ädelreformen och psykiatrireformen i början på 1990-talet (Larsen & Ljung 2020). Båda dessa reformer resulterade i att kommunerna fick ansvar för delar av samhällets hälso- och sjukvård samt vård och stöd till personer med psykiska funktionsnedsättningar. Återigen, även om nära vård-omställningen som vi nu står inför i stor utsträckning berör hälso- och sjukvården så är kommunernas ansvar och åtagande också en mycket central del. För att möjliggöra nära vård-omställningen behöver samverkan mellan region och kommun belysas ur båda parter synvinkel. Omställningen till nära vård anger målbilder inom olika områden. Det handlar exempelvis om rörelser från reaktiv till proaktiv vård, från fokus på organisation till fokus på relation genom personcentrerad vård och omsorg. En nära vård ska också vara "sömlös" i meningen att organisationer ska samverka och göras mer tillgänglig. På det sättet kan arbetet blir mer sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande (Sveriges Kommuner och Regioner 2020a). Ur ett kommunalt socialtjänstperspektiv är dessa rörelser i högsta grad relevanta och ger upphov till en rad frågor. Hur kan kommunerna utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet? Hur kan socialtjänsten på ett bättre sätt ta hand om utsatta barn och familjer med sammansatta behov som har behov av stöd från olika delar av socialtjänst och hälso- och sjukvård? Hur kan socialtjänsten på ett mer professionellt vis bemöta multisjuka äldre och deras anhöriga ur ett helhetsperspektiv? Hur kan socialtjänsten arbeta mer personcentrerat med brukarna i fokus? Just dessa frågor kommer inte denna rapport att ge några tydliga svar på. Däremot hoppas vi att sammanställningen av olika kunskapskällor kan fungera som ett underlag för fortsatta diskussioner och arbete på lokal nivå.

Definitioner och nyckelbegrepp

Utifrån det som skrivs inom området är nära vård inte ett noga avgränsat begrepp där innehållet är tydligt definierat. För att närma sig en undersökning av omställningen till nära vård ur ett socialtjänstperspektiv finns dock en mängd centrala begrepp att nämna i korthet för att sedan kunna landa i en användbar arbetsdefinition för det fortsatta arbetet. I delbetänkandet *God och nära vård - en primärvårdsreform* beskrivs nära vård som “ett sätt att tänka kring hur man organiserar all hälso- och sjukvård med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser så att hela hens livssituation kan beaktas” (SOU 2018:39, 54). Det handlar alltså om ett sätt att tänka och ett sätt att organisera. De ledord som ofta återkommer och som vi har valt att beskriva lite närmare är *närhet*, *personcentrerad vård*, *brukarinflytande* och *delaktighet* samt *helhetssyn*.

Närhet

Till att börja med tänkte vi uppehålla oss en del kring den ena halvan av nära vård, det vill säga ordet nära. Det finns ett antal sätt att förstå ordet närhet: som en geografisk beskrivning att något ligger nära eller långt borta. Men närhet kan också vara ett sätt att beskriva relationer mellan människor och i omställningen mot nära vård är båda dessa förståelser viktiga att uppmärksamma. I utgångspunkterna för de offentliga utredningar som gjorts diskuteras begreppet nära vård med utgångspunkt i den ökade fokuseringen på primärvården, att vården genom dess organisering kommer nära patienten och brukaren (SOU 2018:39, s.55). Tankar på att välfärden behöver komma närmare medborgarna geografiskt finns också inom socialtjänstens verksamhet. Nämnas kan exempelvis den satsning på socialt områdesarbete som Linköpings kommun arbetat med under senare år (se exempelvis Davidsson 2020). En annan aspekt av närhet handlar om tid. I den kartläggning som gjorts av Göteborgsregionens FoU i Väst nämns dessutom tillgänglighet i tid, det vill säga kortare väntetider, som ett exempel på närhet (Larsen & Ljung 2020). Men, i utredningen görs också tydligt att närhet ej “enbart kan organiseras fram” (SOU 2018:39, s.56) utan att denna omställning också handlar om en mer övergripande kulturförändring inom de olika verksamheterna som tillhandahåller vård och omsorg. Den relationella närheten är alltså lika central i förståelsen av omställningen till nära vård. Då nära vård beskrivs som en omställning för vården att komma närmare patienter och brukare blir således medborgarnas upplevelse av närhet mycket viktig. Vården ska kännas nära. Begreppet närhet kan då kopplas till frågor om *bemötande*, *kontinuitet* och *tillit* mellan brukare, professionella och de organisationer där arbetet bedrivs. Sammanfattningsvis kan sägas att närhet är ett begrepp som rymmer flera förståelser och de vi nämnt här är geografisk närhet liksom närhet i fråga om relationer och i tid. När det gäller mötet mellan medborgare och välfärdsorganisationer beskrivs den personcentrerade ansatsen som ett centralt kännetecken för nära vård.

Personcentrerad vård, omsorg och socialt arbete

Inom det medicinska fältet har begreppet personcentrerad vård länge använts nationellt såväl som internationellt (under begreppet *person-centred care*). Att bedriva personcentrerad vård beskrivs av myndighetens för vårdanalys (2018) som “ett mål men också ett medel för att

uppnå andra värden” (s. 8). Enligt Larsen och Nordenhjelm (2020) är det ofta hälso- och sjukvårdens perspektiv som är utgångspunkt när definitioner av personcentrerad vård formuleras samt när vårdinsatser med en sådan ansats diskuteras och presenteras. Kunskapen om denna ansats inom kommunal hälso- och sjukvård samt andra delar av socialtjänstens verksamheter är därför begränsad enligt en litteraturstudie som genomförts (a.a).

En personcentrerad ansats, utifrån den medicinska förståelsen, handlar om ett synsätt och en modell där patienten¹ sätts i centrum. Patienten ska ses som en hel individ med unika behov, resurser och förutsättningar. Vården ska således planeras och genomföras med utgångspunkt i människan - inte sjukdomen eller diagnosen (Vårdhandboken 2021). Det ska finnas en relation mellan patient och vårdare som bygger på jämlikhet och partnerskap (a.a.) och relationen till anhöriga beskrivs dessutom som viktig för ett personcentrerat arbetssätt. Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet anger dessutom att personcentrering är “en etik som vägleder praktiska handlingar som medmänniska och yrkesperson” (Göteborgs universitet 2021) och i deras tillämpning av begreppet anges två nyckelord: att lyssna på patienten och att tillsammans planera och följa upp vård och behandling. Sam-skapandet av vård mellan patienter, deras familjer och anhöriga samt professionella anges som kärnan i personcentrerad vård (a.a.). I de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom beskrivs att ett personcentrerat arbetssätt är nära kopplat till frågor som rör bemötande och där ges också exempel på arbetsmetoder som främjar det personcentrerade perspektivet. Metoder som innehåller taktil stimulering, djur i vården samt strukturerade insatser som innehåller musik, sång och dans beskrivs som redskap för att jobba personcentrerat inom vård och omsorg (Socialstyrelsen 2017). Sveriges kommuner och regioner (SKR) anger också på sin hemsida att Individens Behov I Centrum (IBIC) samt Barns Behov i Centrum (BBiC) är exempel på personcentrerade arbetssätt (Sveriges kommuner och regioner 2021a). Men då personcentrering inom vård, omsorg och socialt arbete inte enbart bör förstås som ett arbetssätt utan också som ett förhållningssätt enligt Myndigheten för vårdanalys (2018) så är även olika personers uppfattningar om begreppet viktiga att belysa.

En nyligen genomförd intervjustudie i Göteborgsregionen visar på att personal inom olika delar av den kommunala vården och omsorgen relaterar och förstår begreppet personcentrering som nära kopplat till ett antal andra begrepp varav några som nämns är: medbestämmande, kontinuitet, inflytande och helhetsperspektiv (Larsen & Nordenhjelm 2020). I intervjustudien konstateras också att många av de som intervjuas framhåller att den kommunala vården och omsorgen i stort sett redan bedrivs på detta sätt, även om själva begreppet personcentrerad vård inte används explicit. Intressant att notera är att det även uttrycks ett motstånd mot att använda detta begrepp i den kommunala kontexten. Det beskrivs som ett begrepp som växt fram inom hälso- och sjukvården pga brister i arbetssättet, exempelvis överdrivet fokus på diagnoser och insatser. Några av intervjupersonerna beskriver att det inte finns samma behov av ett paradigmskifte mot personcentrerad vård inom kommunal verksamhet då det redan är individens behov och förutsättningar som vägleder

¹ Begreppet patient används här då beskrivningen rör en medicinsk kontext.

arbetssätt och bemötande (a.a.). Här noteras dock att uppfattningarna skiljer sig åt beroende på de intervjuades professionella tillhörighet, personal med utbildning inom det medicinska fältet är mer positiva än exempelvis socionomer. Viktigt här är att poängtera att det är begrepp som diskuteras och kanske inte i huvudsak verksamhet och förhållningssätt. I en artikel av Murphy, Duggan och Joseph (2013) konstateras att relationsbaserat socialt arbete ofta likställs med en personcentrerad ansats inom yrkesfältet socialt arbete. Inom forskning om socialt arbete bekräftas dessutom uppfattningen att kärnan i socialt arbete är den personliga relationen mellan socialarbetare och klienter (Sjögren 2018). Huruvida det kan förstås som likartade perspektiv och huruvida socialarbetare faktiskt arbetar så som de säger att de gör är delvis andra frågor som behöver undersökas empiriskt. Men, då personcentrerad vård är en av de mest centrala beståndsdelarna i omställningen till nära vård blir professionellas attityder till och förståelse av personcentrerad vård, likt den som beskrivits ovan, viktiga aspekter att ta hänsyn till i utformningen av uppföljning och utvärdering. En annan central aspekt är den som rör brukarens delaktighet i vård, omsorg och socialt arbete.

Brukarinflytande och delaktighet

Brukarperspektivet är en central del av socialtjänstens arbete, både i det praktiska arbetet liksom i arbetet med kunskapsutveckling och kvalitetsarbete. Exempelvis är brukarperspektivet, det vill säga hur medborgarna själva uppfattar sin situation och sina behov av stöd och hjälp, en viktig källa till kunskap i en evidensbaserad praktik. Däremot handlar det inte enbart om att få kunskap om hur medborgare har det utan det handlar också om hur brukarnas perspektiv kan användas för att bedriva och utveckla arbetet - att öka brukarinflytandet.

Enligt Socialstyrelsen (2013) handlar ökat fokus på brukarperspektivet om ett förändrat synsätt inom olika typer av människobehandlande arbete. Det traditionella synsättet bygger på att de professionella är experter som löser medborgarnas problem medan det nya synsättet betonar vikten av att utgå från att brukarna själva deltar och ges en aktiv roll i att påverka hur vård, omsorg och socialtjänst utformas. Det vill säga att ökat brukarinflytande handlar om en slags grundläggande maktförskjutning mellan individ och välfärdsorganisationer och professioner (Socialstyrelsen 2013). På policynivå beskrivs ökat brukarinflytande som något odelat positivt och eftersträvansvärt (Eriksson 2018). Däremot framstår arbetet med ökat brukarinflytande inom socialtjänsten som en återkommande utmaning inom det praktiska sociala arbetet såväl som inom forskning och utvärdering av de metoder som används (Socialstyrelsen 2013). Men då brukarinflytande och delaktighet nämns som avgörande i omställningen till en god och nära vård, inte minst genom att stärka ett personcentrerat synsätt och arbetssätt, finns anledning att lyfta brukarnas perspektiv och möjlighet till delaktighet i uppföljning och utveckling inom socialtjänsten.

I Socialstyrelsens vägledning för att åstadkomma brukarinflytande anges vikten av att brukare inkluderas från början i arbetet (Socialstyrelsen 2013). Hur gör man då för att öka brukares delaktighet i verksamheter och uppföljningar? Här blir det viktigt att fundera över begreppet delaktighet och hur det kan förstås. Som i många andra fall finns det olika sätt att

definiera delaktighet. I Göteborgsregionens arbete med att följa omställningen till nära vård hänvisar Lydahl och Larsen (2021) till en studie av Carman et al. (2013) där graden av delaktighet och brukarens roll förstås utifrån kategorierna konsultation, involvering och delat ledarskap. Dessa kategorier av delaktighet kan också förstås och användas utifrån olika perspektiv. Delaktighet kan betonas ur brukarens eget perspektiv men också på policynivå likväl som sett ur organisationens perspektiv. Denna typ av kategorisering kan vara ett stöd för att hitta arbetssätt och att resonera kring frågor som rör ökad grad av brukarinflytande. Slutligen kommer vi i denna del av rapporten till det helhetsperspektiv som ska prägla synen på medborgare inom ramen för nära vård.

Helhetssyn

I ett av de delbetänkanden som genomförts inom utredningen för Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2020:19) anges bristen på helhetssyn som ett hinder för utvecklingen. Helhetssyn blir således ett viktigt ledord i fråga om synen på medborgares behov av hjälp - att se hela människan och inte specifika diagnoser eller sociala problem. Helhetssyn kan också förstås ur ett organisatoriskt perspektiv då dagens specialiserade organisering gör det svårt för medborgare att navigera i systemet liksom att det förhindrar olika aktörer och professioner att samverka för att bistå medborgare på ett mer holistiskt sätt.

När det gäller socialt arbete i socialtjänsten har begreppet helhetssyn allt sedan arbetet med socialtjänstlagen utgjort ett organisatoriskt och professionellt ideal (Bergmark & Lundström 2008). Redan i förarbeten till socialtjänstlagen från 1974 angavs att helhetssynen var att förstå som en reaktion mot diagnostänkande och specialiserade lösningar och förklaringsmodeller (SOU 1974:39). Helhetssynen har på det sättet kommit att prägla idéer och praktik inom socialt arbete, både i mötet med enskilda liksom i tankar om organisering av arbetet. I mötet med klienter anges exempelvis i socionomers etiska kod att:

socialarbetare bör företräda en helhetssyn på en persons sociala situation. Det innebär att arbetet för en persons utveckling ska beakta alla väsentliga aspekter av en persons situation på ett sammanhållet sätt.

(Akademikerförbundet SSR 2015a, s. 9).

I mötet med klienter kan det innebära att se individens eller familjens hela situation snarare än att dela in den i kategorier och behandla en del i taget (Bergmark & Lundström 2008). I arbetet med utformning av socialtjänstlagen betonades att socialt arbete inte enbart rör individer utan individer i lokalområdet, det vill säga i en geografisk kontext. Det ledde till att uppsökande och förebyggande arbete skrevs in i socialtjänstens uppdrag. Trots det, har arbetet i praktiken under de senaste decennierna präglats av ökad specialisering och centralisering såväl som mer reaktiva än proaktiva insatser (SOU 2020:47). Bergmark & Lundström (2008) beskriver det till och med som att utvecklingen har gått på tvärs emot den helhetssyn som socialtjänstlagen vilar på. I översynen av socialtjänstlagen och i förslagen till ny socialtjänstlag betonas dock återigen att helhetssynen ska vara utmärkande för socialtjänstens arbete liksom att ökat fokus bör ägnas åt förebyggande arbete (SOU 2020:47). Om vi återknyter till den intervjustudie som nämndes tidigare i fråga om synen på

personcentrerat arbete går det att göra kopplingar dem emellan. Inom organisationer finns det ett sätt att se på och tala om arbetssätt och synsätt men arbetet i praktiken faktiskt görs på ett annat sätt.

Diskussion

När det gäller begreppet nära vård kan vi sammanfattningsvis säga att någon fast och universell definition på vad det är eller bör vara inte finns. Däremot ringar nyckelbegreppen in området på ett sätt som gör det något mer klart i fråga om fokus och ambitioner. Närhet, helhet, personcentrering och delaktighet är begrepp som lyfts genomgående i formuleringar som rör nära vård. Det övergripande perspektivet handlar om personcentrerad välfärd genom vård, omsorg och socialt arbete som i högre utsträckning utgår från medborgarnas olika behov och förutsättningar snarare än organisationens prioriteringar och uppsatta mål. De olika aspekter av närhet som beskrivits ger dessutom en bild av att det handlar om tillgänglighet i fråga om tid och geografi liksom kvalitet och kontinuitet i fråga om relationer och bemötande. Ökad grad av delaktighet och brukarinflytande är inte ett nytt område specifikt för nära vård-omställningen, långt därifrån. Men trots flera decenniers strävan efter att i högre grad involvera brukare i välfärdens tjänster så beskrivs detta som en bestående utmaning i verksamheter såväl som i uppföljning och forskning. Sådana undersökningar är dock inte helt obefintliga och avslutningsvis vill vi här lyfta en undersökning som gjorts inom ramen för projektet Hälsolabb². Med ett särskilt fokus på tjänstedesign har projektet gjort en undersökning om hur invånare ser på mötet med olika välfärdsinstitutioner. Projektet har genom olika metoder samlat in information om vad olika målgrupper ser som viktigt och värdeskapande i kontakt med kommunen och regionen. I rapporten *Värde för vem?* (ExperioLab m.fl. 2021) presenteras de fyra teman som har identifierats som genomgående:

<p>1. ATT FÅ RÄTT HJÄLP I RÄTT TID</p> <ul style="list-style-type: none"> - Att tidigt få hjälp av rätt kompetens - Att enkelt kunna få stöd och hjälp när jag behöver det 	<p>2. ETT RESPEKTFULLT BEMÖTANDE OCH VIKTEN AV EN FUNGERANDE RELATION</p> <ul style="list-style-type: none"> - Att bli bemött med respekt, tilltro och att känna sig förstådd - Att få ett kontinuerligt, personligt och tillitsfullt stöd
<p>3. ATT VARA EN VIKTIG AKTÖR OCH MEDSKAPARE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Att förstå vad som händer, känna kontroll och eget ägarskap - Att bli sedd för mina resurser och förmågor 	<p>4. ATT VÅRDEN OCH STÖDET UTGÅR FRÅN INDIVIDENS BEHOV OCH RESURSER - INTE ORGANISATIONENS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Att se helheten och människan inte bara diagnosen - Att uppleva samverkan och samordning från olika delar av vården och omsorgen - Att strukturer, regler och gränsdragningar anpassas efter individens behov och resurser

² Ett samverkansprojekt mellan ExperioLab, Karlstad universitet, Linköpings universitet samt Sveriges kommuner och regioner. Data har samlats in där möten med hälso- och sjukvård, socialtjänst, Arbetsförmedlingen samt Försäkringskassan har ingått.

Som synes i denna sammanfattning av de fyra områden så finns en stor samstämmighet mellan hur invånare vill bli bemötta i mötet med välfärden och de grundläggande ideal och mål som formuleras för arbetet med omställningen mot nära vård. Att undersökningen omfattar erfarenheter från möten med olika organisationer gör att kunskapen är en viktig grund att stå på i det fortsatta arbetet med omställningen mot nära vård. Inte minst med tanke på att en av grundpelarna utgår är att nära vård ska vara integrerad oberoende av vilken organisation eller profession som möter medborgarna. Med nuvarande system är det dock så att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i två olika organisationer och av den anledningen ska vi nu gå vidare med att kort beskriva dessa två organisationers förutsättningar för välfärdsarbete.

Hälso- och sjukvård och socialtjänst – skillnader och likheter

Omställningen till nära vård inom vård, omsorg och socialt arbete i fokus för denna kunskapssammanställning har ett uttalat socialtjänstperspektiv, det vill säga hur kan omställningen förstås med utgångspunkt i socialtjänstens verksamheter, målgrupper och personal. I en kunskapsöversikt om socialtjänstens organisering står det att förutsättningarna för att tillgodose allmänhetens behov av service är beroende på hur verksamheten är organiserad (Socialstyrelsen 2006), Hälsa- och sjukvård respektive socialtjänst är båda verksamheter inom den offentligt finansierade välfärden och båda huvudmännen har organisering på nationell såväl som på regional och lokal nivå. Men, med tanke på att nära vård-omställningen är en reform med ursprung och framväxt inom hälso- och sjukvården som nu även ska genomsyra kommunal verksamhet kan det finnas anledning att i en sådan här kunskapsöversikt belysa vad som förenar såväl som vad som skiljer de två verksamheterna åt. Dessa förutsättningar kan vara av betydelse i utformning och design av uppföljningar av det omställningsarbete som påbörjats i Östergötlands kommuner. De områden som kort kommer att nämnas i detta avsnitt rör samhällsuppdrag, juridik, professioner samt kunskapstradition.

Inledningsvis kan sägas hälso- och sjukvården liksom socialtjänsten är centrala delar i den svenska välfärdsapparaten. I Sverige finns 21 regioner som bedriver hälso- och sjukvård medan det för kommunernas del finns 290 kommuner³ som har i uppdrag att tillhandahålla social välfärd inom socialtjänsten (Sveriges kommuner och regioner 2021b). Regioner såväl som kommuner är politiskt styrda organisationer och uppdraget definieras på ett övergripande plan av kommunallagen (SFS 2017:725). Det kommunala självstyret, som står angivet i grundlagen, anger dock att kommuner kan fatta självständiga beslut och dessutom ta ut kommunal skatt för finansiering av verksamheterna (SKR 2021b). Hälsa- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) samt Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) är de övergripande speciallagar som dessutom ramar in arbetet i respektive organisation och de är båda målinriktade ramlagar (Socialstyrelsen 2006) där målen för verksamheterna anges men inte i detalj hur dessa mål ska uppnås. Utformningen av verksamheterna kan alltså anpassas beroende på den lokala och regionala kontextens behov och förutsättningar. Men antalet kommuner och det kommunala självstyret ger utrymme för större lokal variation när det gäller förutsättningar för omställningar likt den mot nära vård.

När det gäller verksamheternas huvudsakliga uppdrag, eller övergripande värde, är hälso- och sjukvårdens mål att arbeta för “god hälsa och en vård på lika villkor” (SFS 2017:30) medan det i Socialtjänstlagens portalparagraf anges att verksamhetens mål är att “främja människornas ekonomiska och sociala trygghet samt jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet” (SFS 2001:453). Brante (2013) anger att de övergripande värden som karakteriserar det medicinska fältet är hälsa medan det i frågan om socialtjänsten framför allt handlar om social reglering och social integration (s. 10). I en jämförande studie mellan allmänläkare och socialsekreterare anges myndighetsutövningen och dess inflytande på arbetet som en av de mest centrala skillnaderna mellan dessa yrken (Rexvid 2016). I

³ Undantaget är Gotland som utgör både en kommun och en region.

socialtjänsten verksamheter finns även inslag av tvång då uppdraget ibland kräver insatser mot brukarens vilja när det gäller vård av barn och unga samt personer med missbruksproblem. Inom hälso- och sjukvården finns tvångslagstiftning kopplat till psykiatrisk tvångsvård men berör en mindre del av den övergripande verksamheten. Socialtjänstens arbete bygger på frivillighet och lejonparten av det arbete som görs är frivilliga insatser, däremot finns närvaron av tvånget med i bilden av socialtjänsten som organisation (Sjögren 2018). Att söka sig till hälso- och sjukvården kommer oftast ur en vilja att få hjälp med sin hälsa. När det gäller socialtjänsten finns också den viljan hos många, men i socialtjänstens uppdrag finns också en mer eller mindre uttalad aspekt av tvång - att personer är tvingade till kontakt med socialtjänsten för att det finns misstankar om att barn far illa eller för att de har för lite pengar (Lundström & Sunesson 2016).

Det medicinska fältet har professionaliserats sedan mitten på 1800-talet där läkaryrket är en av de klassiska professionerna. Socialtjänstens organisation är framförallt är en arbetsplats för s.k. välfärdsprofessioner, eller nya professioner, som har utvecklats i takt med välfärdsstatens uppbyggnad, exempelvis socionomer, sjuksköterskor och lärare (Brante et al. 2019). Klassiska professioner och välfärdsprofessioner skiljer sig i fråga om samhällelig status men också i fråga om vetenskaplig kunskapsgrund för arbetet samt specialisering inom fältet (a.a.). De medicinska professionerna har en hög grad av specialisering som även karakteriserar organiseringen av hälso- och sjukvården, det vill säga att arbetet är uppdelat i olika enheter beroende på specifika funktioner och områden. Detta är en utveckling som också går att se inom socialtjänstens organisering. Från att i början framför allt arbeta integrerat, där en person har kontakt med samma person oavsett vilket behov av hjälp som finns beskriver Grell (2016) att specialiseringen inom socialtjänsten i modern tid har pågått sedan början 1980-talet. Rörelsen mot ökad specialisering är nära sammankopplad till organisatoriska förutsättningar som följer av styrningsmodellen New Public Management (NPM), exempelvis marknadsorientering och införandet av så kallade beställar-utförarmodeller (Grell, Ahmadi & Blom 2013). Drivkrafterna för denna typ av organisatoriska specialisering kopplas till tankar om ökad effektivitet och kvalitet såväl som professionalitet för socialarbetare samt idén om evidensbaserat socialt arbete (Grell 2016).

Kopplingen mellan evidens och professioners organisering har betydelse i fråga om synen på kunskap och användningen av vetenskaplig kunskap i arbetet och här finns en skillnad beroende på om arbetet sker inom ramen för socialtjänstens organisation eller inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdssektorn är ofta förknippad med en stark förankring i den naturvetenskapliga traditionen och uppmärksammas ofta i fråga om satsningar på forskning och utveckling (Brante, Johnsson, Olofsson & Svensson, 2014). I jämförelse med andra professioner, exempelvis de så kallade välfärdsprofessionerna, anger de medicinska professionerna i hälsosektorn att arbetet i mycket stor utsträckning vilar på vetenskaplig grund. I socialtjänstens arbete hör majoriteten av personal till andra typer av professioner där kunskapsbasen är mer eklektisk. I det dagliga arbetet används andra typer av kunskap i större utsträckning (a.a.) Det finns alltså skillnader i synen såväl som på användningen av vetenskaplig kunskap när det gäller arbete i socialtjänst respektive hälso- och sjukvård. Detta tar sig också uttryck i de två olika lagrum som styr verksamheten. I Hälso- och

sjukvårdslagen finns en paragraf som anger i arbetet ska ha sin grund i vetenskap och beprövad erfarenhet medan så inte är fallet i Socialtjänstlagen⁴ som det ser ut idag även om det finns ambitioner kring det i förslaget till den nya socialtjänstlagen (SOU 2020:47).

⁴ Dock finns förslag om att införa en sådan paragraf i utredningen om ny socialtjänstlag (*Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag* SOU 2020:47).

Att följa omställningen till nära vård - diskussion om variabler och data

En utmaning i omställningen mot en nära vård är hur vi vet att en omställning sker? Hur mäter vi omställningen? Vad är det vi ska mäta för att veta att det är just aspekter av Nära vård vi mäter? I de rapporter som behandlar frågan om att följa upp omställningen blir hälso- och sjukvårdsperspektivets dominans tydlig då majoriteten av förslag på indikatorer tar sikte på hälso- och sjukvård på olika nivåer. Både Socialstyrelsen (2020) och Sveriges kommuner och regioner (2020a & 2020b) påpekar dock att det finns behov att utveckla nyckeltal och indikatorer som även kan fånga effekterna av kommunens omställning till god och nära vård. Det är en balansgång att inte missa några aspekter av omställningen och hålla nere antalet mått samtidigt som det som mäts behöver ha god validitet och kvalitet.

Befintliga förslag på indikatorer för nära vård

Från nationell nivå anges fyra storheter som centrala att följa i omställningen mot nära vård. I ett betänkande inom ramen för utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård föreslås att resultat från dessa storheter presenteras årligen på nationell nivå för att följa utvecklingen av omställningen till en mer nära vård. De fyra storheterna med tillhörande fokusområden utgörs av:

- **Befolkning** → Förtroende för hälso- och sjukvården
- **Process** → Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar.
- **Medarbetare** → Andel utfärdade specialistbevis i allmänmedicin
- **Ekonomi** → Kostnadsandel för regionernas primärvård av samtlig hälso- och sjukvård

(SOU 2018:39)

Formuleringen av dessa storheter anger fyra huvudsakliga fokusområden: medborgares förtroende för organisationer, medborgares möte med organisationen, personalens kompetens samt kostnader. Även Socialstyrelsen (2020) har gett förslag på utvecklade indikatorer och resultatmått inom olika områden, förslag som tagits fram med utgångspunkt i de fyra storheter som angavs ovan. I en översiktlig tabell anges indikatorer inom olika områden där man också angett indikatorns relevans för region respektive kommun men även den nationella nivån. Nedan visas de kategorier som anges i denna översikt. Inom parentes ges exempel på variabler möjliga att följa ur ett kommunperspektiv:

- **Behov** (Care Need Index⁵ samt andel av befolkningen över 80 år)
- **Ekonomiska resurser** (Kostnad äldreomsorg per invånare över 80 år)
- **Personalresurser** (Antal legitimerad personal i kommunens primärvård per invånare)
- **Kompetensförsörjning och arbetsmiljö**: Hållbart medarbetarindex särskilt boende (för region stress och sjukfrånvaro)

⁵ Care Need Index (CNI) är ett hjälpmedel som använder socioekonomiska förhållanden för att identifiera risk för ohälsa. SCB tar fram ett anpassat CNI till regioner med flera och det används bland annat som stöd vid beräkning av vårdersättning.

- **Påverkbar specialistvård** (Påverkbar vård - säbo respektive vård i hemmet, Besök på akutmottagning, Fallskador i särskilt boende resp. i hemmet)
- **Medicinsk kvalitet** (Äldre med läkemedel som bör undvikas)
- **Kontinuitet, samordning och tillgänglighet** (Möjlighet att träffa läkare i säbo, Andel personer med SIP)
- **Delaktighet, trygghet och förtroende** (Upplevelse av trygghet (säbo), Förtroende för vårdcentraler, Patientens upplevelse av delaktighet, Vård i livets slutskede - brytpunktssamtal)
- **E-hälsa** (Andel enheter som erbjuder distansbesök, Index för e-hälsa)
- **Tillgänglighet specialiserad vård:** (Besök inom 90 dagar (ej kommunnivå))
(Socialstyrelsen 2020)

Förtroende för organisationerna återkommer här samt frågan om personalens kompetens samt ekonomi. Här återfinns dessutom nyckelord som tillgänglighet, samordning, delaktighet och kontinuitet som viktiga områden att följa upp.

Ytterligare ett exempel från den nationella nivån är Sveriges kommuner och regioners rapport om att följa omställningen till nära vård (Sveriges kommuner och regioner 2020a). Deras förslag på indikatorer är än mer fokuserade till hälso- och sjukvårdens perspektiv. Vi kommer inte att beskriva dessa i detalj utan vi nöjer oss med att lista de huvudsakliga rörelser som identifierats inom ramen för omställningen. De anger rörelser:

- från sluten till öppen vård
- från reaktiv till proaktiv vård
- mot bästa effektiva omhändertagandenivå
- mot bättre samverkan för en mer sammanhållen vård och omsorg
- mot högre grad av personcentrering och medskapande i vård och omsorg
- mot bättre psykisk hälsa i befolkningen
- mot ökad tillgänglighet
- mot hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser
- mot mer jämlik vård och omsorg
- mot befolkningens och patienters förtroende för hälso- och sjukvården och dess insatser

I stort går SKR:s lista på indikatorer och huvudsakliga områden i linje med övriga aktörer på den nationella nivån. Nyckelord som är värda att addera här är samverkan, förebyggande och hälsofrämjande insatser samt mest effektiva nivå för omhändertagande, det vill säga matchning av behov och insats. Förutom dessa rörelser att följa anges dessutom ett område som rör medarbetarnas syn på att arbeta inom hälso- och sjukvårdens organisationer vilket också går att koppla till området som handlar om personalens perspektiv. Det är således viktigt att undersöka medborgarnas förtroende för välfärdens organisationer. Lika viktigt kan det också vara att belysa personalens perspektiv och attityder gentemot den egna organisationen såväl som i förhållande till andra aktörer. Särskilt när omställningen till nära vård i så hög utsträckning bygger på idén om samverkan över professioners och organisationers traditionella gränser.

De förslag på specifika nära vård-indikatorer som lämnats från nationella myndigheter bygger i olika utsträckning på befintlig data inom hälso- och sjukvården samt andra nationella databaser. Förutom att nationell data inom socialtjänstområdet är inte lika utvecklat som inom hälso- och sjukvården så är också många av indikatorerna framför allt formulerade ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Av den anledningen blir det svårt att använda dem i en uppföljning med uttalat fokus på hela socialtjänstens verksamhet. Förvisso finns ett flertal indikatorer som rör äldreomsorg samt kommunal hälso- och sjukvård och medborgares förtroende för organisationer kan möjligtvis omfatta även dessa sektorer inom kommunen. Men för att nå kunskap om nuläget inför omställningen till nära vård inom socialtjänstens alla verksamhetsområden behöver vi vända oss till andra källor.

Öppna jämförelser

När det gäller redan tillgänglig data för socialtjänstens verksamheter är ett exempel Socialstyrelsens databas för Öppna Jämförelser. Idén med Öppna Jämförelser är att kunna jämföra socialtjänstens kvalitet mellan kommuner i hela Sverige med hjälp av på förhand definierade indikatorer och undersökningarna har gjorts sedan 2007. Data för öppna jämförelser inom olika områden hämtas från olika databaser, exempelvis officiell statistik, årliga webbenkäter samt databasen Kolada (Johansson, Liljegren & Lindgren 2021). När det gäller indikatorernas utformning så är de flesta i formen av finns/finns inte-karaktär, och som sådana ger de kunskap om exempelvis rutiner och överenskommelser eller användning av vissa metoder/tjänster (Socialstyrelsen 2021). Syftet med Öppna jämförelser är som sagt att kunna mäta kvalitén på verksamheterna och kunna jämföra olika kommuner med varandra. Inom socialtjänsten är Öppna jämförelser uppdelade på nio olika områden:

- äldreomsorg
- socialpsykiatri
- motverka hemlöshet
- ekonomiskt bistånd
- funktionshinder
- missbruk- och beroendevård
- social barn- och ungdomsvård
- våld i nära relationer
- kommunal hälso- och sjukvård
- krisberedskap

Inom vart och ett av dessa områden finns indikatorer uppställda för att få en jämförelse mellan kommuner, följa utvecklingen över tid samt analysera och utveckla socialtjänsten på samtliga nivåer. I en nyligen publicerad studie av tre kommuners användning av Öppna jämförelser konstateras att det framför allt handlade om att lösa praktiska utmaningar, som exempelvis att begränsa kostnader och kunna planera neddragningar i verksamheterna (Johansson, Liljegren & Lindgren 2021). Öppna jämförelser används alltså inte som det var tänkt inledningsvis, som ett verktyg för kvalitetsutveckling och systematisk uppföljning.

Detta bekräftas också utifrån resultat från Öppna jämförelser och i arbetet med nyckeltal i Göteborgsregionen - det är få kommuner som använder statistik från nationella register som grund för sitt utvecklingsarbete (Larsen m.fl. 2021). Vad är det som gör att kommunerna inte använder denna möjlighet? Hur skulle data från Öppna jämförelser kunna användas för att studera omställningen till Nära vård i Östergötland? Den sistnämnda frågan återkommer vi till längre fram i rapporten. I följande avsnitt riktar vi fokus på brukarnas perspektiv.

Nationella brukarundersökningar

Med utgångspunkt i de översikter av indikatorer som presenterats ovan och andra regioners studier av omställningen till nära vård ur ett kommunalt perspektiv finns en risk att fokus för uppföljningarna hamnar på organisatoriska, produktionsrelaterade indikatorer, som exempelvis antal slutenvårds-tillfällen, antal patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Då omställningen till nära vård i sitt grundärende riktas mot medborgarnas upplevelse av vården blir detta perspektiv viktigt att lyfta. Det är viktigt att belysa och följa hur mottagarna upplever vården de får (Larsen m.fl. 2021). En möjlighet som kommunens socialtjänst har är att anmäla sig till SKR:s brukarundersökningar för att kunna ta reda på hur mottagarna upplever kontakten med och stödet från socialtjänsten. Syftet med brukarundersökningarna är också att resultatet ska kunna användas till att utveckla verksamheterna i dialog med brukare och personal. Dessa undersökningar genomförs för närvarande inom områden som rör stöd till personer med funktionshinder, individ- och familjeomsorg samt placerade barn och unga. I databasen Kolada finns resultat från dessa undersökningar att tillgå för allmänhet (www.kolada.se). Vid sökningar i databasen Kolada framgår dock att ingen av kommunerna i Östergötland regelbundet genomfört dessa brukarundersökningar. Hur kommer det sig att kommunerna inte deltar på en regelbunden basis? Vilka är hindren och hur kan dessa hinder överbryggas? Använder kommunerna andra sätt för att ta reda på detta? Hur kan brukarnas perspektiv tas till vara på ett regelbundet och strukturerat vis? Brukarperspektivet relaterar också till tankar om personcentrerad vård i meningen att utgå från individens behov och resurser. Hur kan man då närma sig ett sådant område i lokala uppföljningar?

Att mäta och undersöka personcentrerad vård

Sveriges kommuner och regioner (SKR) gjorde 2018 en kartläggning över läget för personcentrerad vård inom regionernas hälso- och sjukvård. Bland annat visade kartläggningen att 13 av 21 regioner har ett formellt beslut om att skapa förutsättningar för personcentrerad vård inom organisationen. Kartläggningen visar att det pågår en mängd aktiviteter och initiativ för att öka graden av personcentrering på olika nivåer. Rapporten utgår från två perspektiv i definitionen av personcentrerad vård. Dels handlar det om det som händer i det enskilda vårdmötet och dels i det som rör arbetssätt och stödstrukturer (Sveriges kommuner och landsting 2018). Som nämnts tidigare i denna rapport är den personcentrerade ansatsen förvisso ett arbetssätt men också ett synsätt - en etik för handlande. I SKR:s kartläggning beskrivs detta som att genomgripande kulturförändringar är en förutsättning för ökad personcentrering. Det ger oss åtminstone tre alternativa aspekter för att närma oss undersökningen av personcentrering inom vård, omsorg och socialtjänst. Aspekter för att

undersöka personcentrerad vård bör därför omfatta brukarnas upplevelser såväl som personalens attityder som organisationens förutsättningar för att arbeta personcentrerat.

Men, oavsett hur personcentrering definieras så visar kartläggningen från SKR att det finns stora utmaningar och svårigheter i arbetet med att följa upp och mäta om och i så fall hur graden av personcentrering förändras till följd av alla initiativ och förändringar i arbetssätt. En del regioner följer upp resultat vad gäller kortare vårdtider eller utveckling av vårdplanernas kvalitet vilket beskrivs som enkla mått att mäta men som egentligen inte säger så mycket om personcentrering. Kartläggningen gäller förvisso regionernas arbete men det är aktuellt även ur det kommunala perspektivet och för socialtjänstens verksamheter. I den tidigare nämnda intervjustudien som gjorts av Göteborgsregionen som rör en mindre undersökning av personcentrering i kommunal vård och omsorg konstateras att kommunerna inte alls mäter eller följer upp arbetet (Larsen & Nordenhjelm 2020). Här finns ett tydligt behov av ytterligare kunskap men också en utmaning i att hitta undersökningsmetoder för att verkligen komma åt kärnan i en personcentrerad ansats inom vård såväl som inom omsorg och socialt arbete med andra målgrupper. Med utgångspunkt i de olika förståelser av begreppet som är närvarande samtidigt bör metoderna omfatta mätbara kvantitativa data såväl som mer fördjupande och kvalitativa data.

Diskussion

Då projektet önskar ett brett angreppssätt som involverar kommunens samtliga verksamhetsområden inom det sociala området behöver de indikatorer som projektet ska fokusera på även kunna överföras och mätas inom andra områden än inom de som framför allt nämns i relation till hälso- och sjukvård, till exempel äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. I öppna jämförelser finns det ett antal indikatorer som är verksamhetsövergripande. Frågan är om det i data för Öppna jämförelser också finns indikatorer som hänger samman med rörelsen mot nära vård? Kan dessa indikatorer användas som ett slags överlappande indikatorer både som ett mått på kvalitet och som ett mått på att verksamheterna tar steg mot en mer nära vård? Ett exempel på det är om det finns en socialjour bemannad med socionomer att tillgå dygnet runt i kommunen vilket ger en beskrivning av socialtjänstens tillgänglighet. Ett annat är huruvida det finns överenskommelser om samverkan internt inom den egna organisationen liksom med externa aktörer. Då ökad samverkan är ett viktigt område för omställningen till nära vård kan denna typ av data ge en översiktsbild av hur kommunerna samverkar.

Om ovanstående indikatorer kontinuerligt följs upp för kommunerna i Östergötland skulle de kunna säga något om förflyttningen till nära vård även inom andra verksamhetsområden än de som står nämnda. Vissa indikatorer finns inom flera områden av socialtjänstens verksamhet medan andra enbart är kopplade till ett specifikt område. Vid behov kan vissa indikatorer modifieras och överföras till andra områden där det anses lämpligt och därmed kompletteras på lokal nivå via FoU-centrums lokala uppföljning och i enlighet med de prioriterade områden som formulerats på regional nivå. Vi menar att några av ovanstående indikatorer skulle kunna användas på samtliga områden som rör att växa upp, att vara mitt i

livet och att åldras. Exempelvis finns en indikator inom området äldreomsorg som rör tillgången till multiprofessionella team inom demensvården. Det är ett arbetssätt som förordas i samband med nära vård och kan av den anledningen vara av intresse att följa även inom andra verksamhetsområden än enbart äldreomsorg.

Indikatorn som handlar om hur många utbildade/legitimerade det finns per kommuninvånare inom hälso- och sjukvården skulle exempelvis gå att översättas till hur många socialsekreterare det finns per barn eller per vuxen i kommunen. Det är också en av indikatorerna i Socialstyrelsens öppna jämförelser där kommunen får ange hur många årsarbetande yrkesverksamma socionomer som är anställda och hur lång arbetserfarenhet de har. Detta område går att bredda till andra professioner och yrkesgrupper då fokus på medarbetarnas kompetenser och kunskaper är en viktig del för omställningsarbetet mot nära vård.

Upplevelse av delaktighet som är en av indikatorerna i Socialstyrelsens uppföljning av nära vård (2020) är en indikator som skulle kunna användas verksamhetsövergripande med vissa justeringar beroende på målgrupp. En annan indikator som skulle kunna modifieras och användas är hur snabbt du får antingen kontakt med någon eller får träffa någon på socialtjänsten efter att en utredning inletts eller att du ansökt om hjälp. Det kan även gälla frågan om hur lång tid det tar innan en insats beviljas och du får träffa någon som kan stötta dig i din livssituation. Det går att jämföra kommuner utifrån personalomsättning och sjukfrånvaro, inte bara på särskilda boenden men också inom andra delar av organisationen utifrån hållbart medarbetarindex.

Det blir dock viktigt att vara medveten om vilken typ av data som Öppna Jämförelser innehåller. Indikatorerna är framförallt frågor som besvaras med finns/finns ej. Ett exempel här skulle kunna vara inom området SIP, Samordnad Individuell Planering. I Göteborgsregionen har de kommit fram till att SIP i teorin skulle kunna användas som ett underlag för mått på delaktighet men då det finns stora brister i själva registreringen av sådana möten gör resultatet svårtolkat (Larsen m.fl. 2021). I Öppna Jämförelser ställs frågan om verksamheter har rutiner för information till brukare om arbetet med SIP. Det kan ge kunskap om hur organisationen ser till att medborgare får den information de har rätt till. Den typen av data säger dock inget om huruvida individerna har upplevt en skillnad eller en "närmare vård" utifrån SIP-mötet eller om det enbart varit ett moment för organisationerna för att göra minsta möjliga insats. Vid en analys av relevanta indikatorer konstaterar Larsen m.fl. (2021) att det finns ett behov av en fördjupad analys av patienters upplevelse av delaktighet i SIP-möten för att få klarhet i måttets relevans (Larsen m.fl. 2021).

Samtliga dessa indikatorer och exempel på data som diskuterats ovan visar på vad nationella myndigheter likväl som lokalt initierade uppföljningar har valt ut för att kunna mäta rörelsen mot en nära vård och ökad kvalitet inom olika verksamheter. Beroende på vilka indikatorer som väljs kommer det att dels styra verksamheterna i en särskild riktning och det innebär också att det är ett urval av aspekter som mäts medan andra valts bort. Det är ett komplext område som spänner över en mängd olika verksamheter. Det betyder att det inte kommer att

vara möjligt att ge någon heltäckande bild utan de valda indikatorerna ger vissa pusselbitar. Men med utgångspunkt i den litteratur som studerats för denna översikt finns ändå några huvuddrag och nyckelaspekter att ta fasta på i utformning och design av den lokala uppföljning som ska genomföras i Östergötland. I rapportens sista avsnitt diskuteras dessa närmare. I nästa avsnitt ges en kort inblick hur verksamheter arbetar med sådant som rör omställningen till nära vård inom socialtjänsten idag.

Exempel på verksamheter som belyser nära vård-aspekter

Det finns redan pågående exempel på rörelsen mot en mer nära vård på många håll i landet såväl som i Östergötland. En del gör det med en uttrycklig ambition att uppnå nära och god vård, andra arbetar med metoder och målgrupper som berörs som är särskilt kännetecknande för behovet av omställningen till nära vård men utan att uttryckligen säga så. Gemensamt är dock att de exempel som nämns nästan uteslutande handlar om olika typer av arbetssätt i samverkan mellan olika aktörer. Det handlar om olika delar av hälso- och sjukvården tillsammans med olika delar av socialtjänsten, skola/elevhälsa och förskola. I några fall inkluderas även polis och ideella organisationer. I denna kunskapsöversikt finns varken utrymme eller motiv för att försöka ge en total bild av dessa verksamheter eller att ge exempel från samtliga socialtjänstens målgrupper, utan syftet är att ge en översiktlig inblick i hur verksamheter inom socialtjänsten genom olika typer av projekt eller organisationsförändringar försöker ställa om till en mer nära vård runt om i Sverige. En del i att följa omställningen i Östergötland kommer att resultera i en sammanställning över vad som redan pågår eller på gång i kommunerna i Östergötland.

Nedan kommer några kortfattat beskrivna exempel för olika målgrupper att presenteras för att ge en bild av vad som redan pågår men även för att ge inspiration till att utveckla egna arbetssätt och idéer kring vad som kan göras för att arbeta och utveckla verksamheter i enlighet med det som kännetecknar nära vård. Flera av exemplen berör olika nivåer samtidigt eftersom samverkansprojekt kräver samverkan på flera nivåer. Dessa exempel är uppdelade utifrån den uppdelningen av befolkningen i att växa upp, mitt i livet och att åldras som ledningsgruppen för vård och omsorg arbetar utifrån i Östergötland.

Att växa upp

I flera delar av landet finns exempel på ett utökat samordnat stöd till barn 0-5 år. Detta finns i olika varianter i Skåne, Örebro, Västmanland och Dalarna och går under olika namn.

- **Växa tryggt** - föräldraskapsstöd i samverkan genom ett utökat hembesöksprogram i Skåne. Barn 0-15 månader. Barnhälsovård, mödrahälsovård, tandvård och socialtjänst
- **Barnhälsoteam** för ett tidigt och samordnat stöd till barn i Örebro län. Barn 0-5 år och som har svårigheter inom något utvecklingsområde. Förskola, barnhälsovård
- **BarnSäkert** för en trygg start i livet i Dalarna. Tidigt identifiera och bemöta psykosociala riskfaktorer i uppväxtmiljön. Barn 0-6 år. Barnhälsovård och Uppsala universitet.
- **Mottagning för tidiga och samordnade insatser i Västmanlands län.** Barn som har utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar. Barn 0-6 år. Barnklinik, mödra- och barnhälsovård, logopedmottagning, habilitering, barn- och ungdomspsykiatri samt förskola.

För de lite äldre barnen har flera kommuner inspirerats av Skottlands satsning "Getting it right for every child". Det handlar om ett samordnat stöd till barn och unga 0-18 eller 0-16.

- Tillsammans för varje barn i Falu kommun
- Barnens bästa gäller i Kronoberg - Kronobarnsmodellen
- Tidigt och samordnat på barnets arena i Karlskrona kommun
- En bra start i livet för barn och unga i Habo kommun

För ungdomar finns flera exempel på arbetssätt i form av mottagningar för ungdomar

- **Ungdomshälsan i Umeå** - på ungdomens uppdrag
- **HälsUM**, är en gemensam samordnande verksamhet för de sex ungdomsmottagningarna i Göteborg. "Vi jobbar på ungdomars uppdrag. Det ska vara en låg tröskel att komma i kontakt med oss och vi ska arbeta förebyggande och personcentrerat." (SKR 2021).

Mitt i livet

När det gäller området mitt i livet kan det röra sig om många olika områden men här är några exempel:

- **Case management** är en samordnad stödinsats för personer över 18 år med behov av stöd från flera huvudmän. Insatsen beskrivs som brukarstyrd och forskningsbaserad och i Region Skåne används denna metod för målgrupper med psykisk ohälsa och olika typer av samsjuklighet.
- Ett exempel på digitalisering inom socialtjänsten är **Previct** som används inom behandling av alkoholmissbruk som ger möjlighet att involvera hela familjen i behandlingen via en app. Previct är en digital plattform för beroendevård som med hjälp av nykterhetstester i realtid och avancerad beteendeanalys hjälper vården att tidigt identifiera återfall, förbättra terapisaftalen och effektivisera behandlingen. I Sörmland har kommuner testat att arbeta med detta behandlingsstöd (Kontigo Care 2021)
- **Tvärprofessionella samverkansteam för stöd under graviditet och spädbarnsperiod.** I alla stadsdelar/kommuner i Region Stockholm finns samverkan i team kring psykisk ohälsa och sjukdom under graviditet och tidigt föräldraskap. I teamen ingår representanter från barnmorskemottagning, barnhälsovård, psykiatri samt socialtjänst.

Att åldras

Äldrevårdcentraler, äldremottagningar och äldreteam syftar i första hand att förbättra vårdkvalitet och samverka i vårdkedjan kring äldre patienter, vanligtvis för personer 70 eller 75 år och äldre. I verksamheterna finns ofta läkare med specialistkompetens i geriatrik samt äldresjuksköterskor som fungerar som samordnare med patientens samtliga behov av prevention, riskbedömning, vård och omsorg i fokus. En äldrevårdcentral startade på en privat vårdcentral i regionen under den statliga äldresatsningen och fortlever. Olika typer av äldremottagningar och äldreteam har startats upp i och med den nya lagstiftningen om

samverkan vid in- och utskrivning 2018. Vårdcentralerna har fått regionalt stöd för utökad sjuksköterskeresurs, men det finns ännu inga regionala satsningar riktade för att starta särskilda mottagningar för äldre (Larsen & Ljung 2020). Nedan presenteras andra projekt med inriktning mot äldre.

- **Mobil närvård Västra Götaland.** Syftet med mobil närvård är att förbättra kvaliteten i hemsjukvården för vuxna med komplexa vård- och omsorgsbehov, genom förstärkt och förbättrad läkarmedverkan, samt teambaserad, proaktiv och personcentrerad vård. Ett sekundärt syfte är att minska undvikbara akutmottagningsbesök och slutenvård. Mobil närvård startades som projekt under den så kallade äldresatsningen och kallades då för Skaraborgsmodellen. Modellen har utvecklats och bredd införts i hela Västra Götalandsregionen och ingår nu i ordinarie verksamhet (Larsen & Ljung 2020).
- **Omsorgskoordinatorernas** främsta arbetsuppgift är att i samarbete med patientansvarig sjuksköterska och läkare på akutmottagningen identifiera patienter som inte är i behov av att läggas in i slutenvården utan som kan återgå till hemmet samma dag alternativt inom 24 timmar. Omsorgskoordinatorerna möjliggör för patienterna att kunna återvända till hemmet på ett tryggt sätt genom kontakter med kommunal vård och omsorg samt vårdcentral. Omsorgskoordinatorerna kan även hjälpa patienten med att starta upp biståndsinsatser från kommunen. Omsorgskoordinatorer ingår nu i ordinarie verksamhet (Larsen & Ljung 2020).

Målgruppsövergripande projekt

Samverkande sjukvård innebär samverkan mellan region och kommun på sjuksköterskenivå. Samverkande sjukvård finns än så länge i delar av Bohuslän och Dalsland. Insatsen riktar sig till patienter i alla åldrar. 72 procent av patienterna har hittills (till och med 2019) varit över 65 år.

Satsningen omfattar tre delar:

- 1177-uppdrag innebär att sjuksköterskor på 1177 har möjlighet att be en sjuksköterska från ambulans eller den kommunala hälso- och sjukvården om hjälp med bedömning och åtgärd i hemmet om patienten bedöms ha svårt att ta sig till en vård- eller jourcentral.
- IVPA-uppdraget (I Väntan På Ambulans) innebär att Samverkande sjukvård har utbildat sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården i akut omhändertagande och försett dem med den utrustning som behövs för att ta hand om patienten.
- Assistansuppdrag innebär att sjuksköterskor inom de olika vårdorganisationerna i regionen och kommunerna kan be varandra om hjälp vid bedömningar, arbetsanhopningar eller där ett par extra händer behövs. Personal inom hemtjänst kan också be sjuksköterskor inom den kommunala

hälso- och sjukvården om hjälp för bedömning och åtgärd hos patienten (Larsen & Ljung 2020).

Andra projekt rör exempelvis hur kommuner kan arbeta med frågor som rör exempelvis ensamhet men också metoder för hur verksamheter kan arbeta mer personcentrerat:

- **Omtanke Helsingborg** från ensamhet till gemenskap. Projektet syftar till att ta reda på hur vi kan hjälpa varandra att vara mindre ensamma. Den första delen var att samla in kunskap genom intervjuer med personer som känner sig ensamma eller möter människor som är ensamma. Resultatet håller nu på att analyseras för att sedan mynna ut i olika idéer på lösningar som ska testas och utvärderas framöver.
- **ESTHER** - Personcentrering i hela vårdkedjan. Ett samarbete mellan kommunerna, vårdcentralerna och specialistvården i Jönköpings län. För att få till personcentrering på alla nivåer används en enkel återkommande fråga: ”Vad är bäst för Esther?” Esther är en symbolisk person med komplexa vårdbehov som kräver integrerad vård och samordning mellan sjukhus, primärvård, hemvård och omsorg. Det är självklart att brukaren/ patienten är aktiva deltagare i nätverket. Tillsammans arbetar projektet för att göra Esthers dag så bra som möjligt. I nätverket finns patienter, brukare samt ESTHER förbättringscoacher som ett naturligt stöd i utvecklingsarbetet.

Medarbetare

- **Vårdens medarbetare**, Socialcheferna i Göteborgsregionen har gett GR ett uppdrag som innehåller tre delprojekt:
 1. Stödja kommunerna i omställningen till en mer nära hälsa, vård och omsorg genom seminarier, lokala workshops och dialogmöten.
 2. Utveckla en digital kompetensutvecklingsplattform.
 3. Genomföra studier kring den nära vård och omsorgen i kommunerna.
- **Evikomp** är ett läns-gemensamt ESF-projekt (Europeiska socialfonden) mellan samtliga 13 kommuner i Östergötland, Region Östergötland, Kommunalförbundet Itsam, Uppsala kommun, Trosa Kommun och Forsknings- och utvecklingscentrum i Sörmland. Projektet syftar till kompetensutveckling för personal inom vård och omsorg via en digital lärplattform med fokus på arbetsplatslärande. Det ska också bidra till att möta nuvarande och framtida behov av kompetens inom kommunala vård- och omsorgsverksamheter. Linköpings kommun är projektägare.

Slutdiskussion

Syftet med denna kunskapsammanställning är tvådelat. För det första handlar det om att skapa ett kunskapsunderlag som kan spridas till beslutsfattare och andra aktörer inom kommunerna. Genom ett gemensamt kunskapsunderlag kan strategiska vägval och satsningar inom omställningen till nära vård i respektive kommun utgå från en gemensam och aktuell kunskapsgrund. För det andra ska kunskapsöversikten ses som en kunskapsram för design och upplägg för FoU-aktiviteter inom ramen för den kommunövergripande satsning som FoU-centrum ska genomföra. En central utgångspunkt för sammanställningen av kunskap är att belysa kommunens perspektiv med fokus på socialtjänstens verksamheter och att resonera kring hur omställningen till nära vård kan förstås och följas ur ett sådant perspektiv. En annan viktig aspekt är att den mellankommunala satsningen på nära vård i Östergötland omfattar alla områden inom socialtjänstens verksamhet, inte enbart den som rör kommunal hälso- och sjukvård eller samverkan med regionen.

I sammanställningen har vi presenterat bakgrunden till samhällets satsning på en omställning till nära vård, vi har diskuterat definitioner och nyckelbegrepp samt skillnader och likheter mellan hälso- och sjukvård samt socialtjänst. I vår mening finns ett antal ramfaktorer som skiljer socialtjänsten från hälso- och sjukvårdens och av den anledningen är det inte enbart en fråga om att "kopiera" de förslag som presenteras inom ramen för hälso- och sjukvårdens omställning till nära vård. Även begreppsmässigt ger nära vård en association till att bara omfatta vård-verksamheter. I Östergötlands kommuner finns ett uttryckligt önskemål att betona det kommunala perspektivet samt att omfatta socialtjänstens hela verksamhetsfält. Av den anledningen finns det en poäng med att fortsättningsvis diskutera ämnet i termer av nära vård, omsorg och socialt arbete (NVOSA).

När det gäller centrala nyckelbegrepp har ett antal sådana identifierats och beskrivits närmare. Förutom den förståelse av närhet som presenterats är personcentrerad vård, brukarinflytande och delaktighet samt helhetssyn aspekter som är viktiga att belysa i en uppföljning av omställningen mot nära vård, omsorg och socialt arbete. I redovisningen av nyckelbegrepp har vi också valt att uppmärksamma en undersökning där just brukarperspektivet framgår klart och tydligt. I rapporten Värde för vem? anges fyra områden som anger hur invånarna vill att kontakten med vård, omsorg och socialt arbete ska vara. Det handlar om 1) att få rätt hjälp i rätt tid, 2) att få ett respektfullt bemötande genom goda relationer samt 3) att vara en medskapare och delaktig i en 4) vård och stöd som utgår från individens behov och resurser inte organisationens. Dessa fyra områden ser vi som ett slags hörnstenar i utformningen av uppföljningar och undersökningar av omställningen till Nära vård, omsorg och socialt arbete i Östergötland.

I fråga om hur detta kan undersökas, mätas och följas upp har vi i denna rapport presenterat exempel på förslag på indikatorer från nationella myndigheter som Sveriges kommuner och regioner (SKR) samt Socialstyrelsen. Vi har även beskrivit lokala initiativ, framför allt från Göteborgsregionen där omställningen till nära vård har följts och undersökts under ett par år. Exempelvis kvalitativa undersökningar där såväl personal som brukare och patienter har

intervjuats om deras erfarenheter av omställningen såväl som inställning till personcentrerad vård. Omställningen till nära vård, omsorg och socialt arbete kan ses som en så pass genomgripande förändring att det inbegriper många olika nivåer (brukare, personal och organisation). Att satsningen i Östergötland också omfattar socialtjänstens hela verksamhetsfält gör att det är ett stort antal målgrupper och verksamheter som berörs. Självklart behöver avgränsningar och vägval göras men sammantaget talar det för att satsningen på att följa utvecklingen mot nära vård, omsorg och socialt arbete i Östergötland bör omfatta både kvantitativa och kvalitativa undersökningar inom olika områden. Identifiering och mätning genom indikatorer kan ge en överblick av nuläge och utveckling i hela Östergötland medan fördjupade studier av utvalda aspekter ger kunskap om olika aktörers upplevelser av utvecklingen. Över tid kan också uppenbara kunskapsluckor identifiera behov av förändrade arbetssätt och där kan utvecklingsarbete genom Learning Innovation Labs initieras.

Sammanställningen av centrala områden, nyckelbegrepp och redan formulerade förslag på indikatorer har resulterat i ett förslag hur utvecklingen mot nära, vård och omsorg kan följas i Östergötland. Till att börja med finns ett antal delområden som vi uppfattar som relevanta att rikta fokus på. Dessa är:

- Personcentrering
- Brukardelaktighet och inflytande
- Samverkan
- Kompetens och kunskap
- Digitalisering

Ökad grad av *personcentrering* genomsyrar i princip allt som skrivs inom området nära vård och det vore svårt att bortse från denna aspekt av vård, omsorg och socialt arbete. Personcentrering rör exempelvis frågor om bemötande och relationen mellan medborgare och professionell men kan även handla om hur organisationen skapar förutsättningar för en ökad grad av personcentrering och hur olika personalgrupper uppfattar att personcentrerat arbete görs eller bör göras. En viktig del i området som rör personcentrering är också att belysa hur helhetssyn och helhetsperspektiv kan dokumenteras och följas upp.

När det gäller *brukardelaktighet och inflytande* kan det på ett grundläggande plan handla om att undersöka hur detta görs i kommunerna i nuläget. Exempelvis vilka metoder för brukarinflytande som används och på vilken nivå (individ eller organisation i fokus). Vid en översikt av befintlig data visar resultaten att få kommuner anger att de varken genomför regelbundna brukarundersökningar. Åtminstone inte sådana som rapporteras in i de nationella systemen för verksamhetsuppföljning. Kanske görs det på andra sätt och då är det en fråga att utgå ifrån. Men här finns också ett potentiellt utvecklingsområde. Hur skulle brukarinflytande och delaktighet kunna göras på ett skonsamt och enkelt sätt för verksamhet, personal och brukare?

Området *samverkan* är även det en återkommande utmaning för utvecklingen mot nära vård,

omsorg och socialt arbete. Dagens system som bygger på specialisering och fragmentisering gör att det i grunden kommer att krävas stora förändringar inom ramen för socialtjänstens verksamheter. Ett påtalat behov av ökad helhetssyn bygger på idén om samverkan mellan professioner och organisationer för att på ett bättre sätt tillgodose invånarnas behov av vård och stöd inom olika områden. Ett exempel på områden att undersöka i detta delområde är exempelvis så kallade multiprofessionella team. Sådana team kan undersökas utifrån olika perspektiv, dels hur de arbetar i praktiken men också hur samverkan organiseras och förankras i verksamheterna. Samverkan kan också röra överenskommelser om att samarbeta mellan kommuner, mellan huvudmän och mellan enheter inom samma organisation. Dessa överenskommelser kan kartläggas och studeras närmare inom särskilda områden som är relevanta för nära vård, omsorg och socialt arbete.

Kompetens och kunskap rör frågan om vad personalen inom socialtjänstens verksamheter kan och vad de bör kunna för att i högre grad arbeta i enlighet med centrala värden för NVOSA. För detta delområde kan också frågan om kunskap om särskilda målgrupper vara relevant. I dokumentation som rör nära vård-omställningen inom Hälso- och sjukvården nämns att vården behöver bli bättre på att möta olika grupper och individers skilda behov. Multisjuka personer med komplexa vårdbehov och familjer med sammansatta behov kräver en högre grad av samordning och individuell anpassning än de med mer "enkla" och isolerade insatser från vård, omsorg eller socialt arbete. I detta avseende går det att anknyta till temat "rätt insatser i rätt tid" som formulerades i rapporten *Värde för vem?* (HälsoLab 2021). För att kunna erbjuda rätt insats i rätt tid krävs någon typ av matchning och för att kunna matcha grupperns behov med det som organisationen kan erbjuda (både i fråga om stöd men också i fråga om bemötande) kan en kartläggning av olika målgruppers särskilda behov vara en väg att gå. Graden av komplexitet kan vara ett sätt att närma sig en sådan kartläggning. Tidiga insatser, som en aspekt av rätt insatser i rätt tid är ett sätt att påbörja en förflyttning mot ett förebyggande och proaktivt arbete inom socialtjänsten. En annan förflyttning mot nära vård, omsorg och socialt arbete rör medborgarnas förtroende för socialtjänstens organisation. Ett sådant spår kan inspireras av SKR:s arbete med att kartlägga olika typer av beteenden och behov i möten med vården (Sveriges kommuner och regioner 2016). Att närma sig frågan om medborgares attityder till socialtjänstens organisation kan vara ett sätt att få syn på *var* men också *hur* arbetet behöver utvecklas, något som också går i linje med tankarna om ökat brukarinflytande.

Slutligen anser vi även att området *digitalisering* är ett viktigt område i uppföljningen och utvecklingen mot nära vård, omsorg och socialt arbete. Att erbjuda digitala alternativ på olika sätt inom ramen för kommunal verksamhet är ett sätt att effektivisera verksamheten och erbjuda mer mångfacetterade tjänster. Digitalisering av olika välfärdstjänster sker både på mottagarnivå genom trygghetslarm, gps larm, digitala lås, men även i form av taligenkänning, e-tjänster som ansökan om försörjningsstöd möjlighet att göra anmälningar till socialtjänsten via e-tjänst samt faderskap som e-tjänst.

Digitalisering är inte något som enbart rör aspekter av nära vård och här pågår omfattande verksamheter redan nu. Trots det menar vi att detta område är relevant att belysa i fråga om tillgänglighet och individanpassning. Särskilt givande kan det vara att få en överblick över

situationen i Östergötlands alla kommuner då olika kommuner har olika förutsättningar och behov. I ett första steg kan alltså en grundläggande kartläggning av utbud vara en bra grund att stå på. Inte minst med tanke på den utveckling som vi sett sedan våren 2020. Under de senaste årens pandemi har omställningen till digitala alternativ skett av nödvändighet. För vissa verksamheter har det inneburit begränsningar samtidigt som det för andra har öppnat upp nya sätt att se på verksamheten inom socialtjänstens verksamhet. I utvecklingen mot nära vård, omsorg och socialt arbete kan kunskap om hur digitala lösningar matchar olika gruppers behov vara viktigt för fortsatt utvecklingsarbete i kommunerna.

Slutord

För att de övergripande värden och ambitioner som skrivs fram i styrande dokument förknippade med nära vård ska vara möjliga att förverkliga och använda i praktisk verksamhet krävs ett noggrant arbete med att reflektera och diskutera på lokal nivå. Detta arbete kan med fördel göras från olika positioner i den egna organisationen. I den interaktiva design som är FoU-Centrums arbetssätt blir det ett viktigt uppdrag att formulera, förankra och genomföra ett forskningsbaserat kunskapsstöd för att kunna följa utvecklingen. Nationella förslag på indikatorer behöver brytas ner och göras relevanta för den enskilda kommunen såväl som för alla kommuner för att möjliggöra jämförelser på övergripande nivå. Verksamhetsfrågor behöver förhandlas om och göras undersökningsbara både i fråga om val av metod och teoretiskt perspektiv och möjliga resultat. Som nämnts tidigare är det inte möjligt att tillhandahålla en totalundersökning av socialtjänstens samtliga verksamheter, personalgrupper och målgrupper utan val och avgränsningar behöver göra vilket blir nästa steg i processen.

Med vägledning av kunskapen om vad invånarna önskar i mötet med välfärdens organisationer kan utvecklingen under de kommande åren förhoppningsvis bana väg för en nära socialtjänst. En socialtjänst som i högre grad präglas av rätt insatser i rätt tid, respektfullt bemötande samt ett stöd som i en medskapande process utgår från individens behov och brukares delaktighet.

Referenser

- Akademikerförbundet SSR (2015). *Etisk kod i socialt arbete – Etisk kod för socialarbetare*. Stockholm: Akademikerförbundet SSR.
- Bergmark, Å. & Lundström, T. (2008). Socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Om det sociala arbetet och dess förutsättningar. I Bergmark, Å., Lundström, T., Minas, R. & Wiklund, S. *Socialtjänsten i blickfånget: organisation, resurser och insatser: exempel från arbete med barn och ungdom, försörjningsstöd, missbruk*. Stockholm: Natur och Kultur, ss. 17-32.
- Brante, T. (2013). The Professional Landscape: The Historical Development of Professions in Sweden. *Professions and Professionalism*, 3(2), s.558.
- Brante, T., Svensson, K. & Svensson, L.G. (2019). *Ett professionellt landskap i förvandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Brante, T., Johnsson, E., Olofsson, G. & Svensson, L.G. (2015). *Professionerna i kunskapssamhället: en jämförande studie av svenska professioner*. Stockholm: Liber.
- Carman K.L., Dardess P., Maurer M., Sofaer S., Adams K., Bechtel C. & Sweeney J. (2013). Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*, 32(2):223-31.
- Davidsson B. (2020). *Uppföljning av pilotprojektet Socialt områdesarbete i stadsdelarna Berga och Lambohov, Linköpings kommun*. FoU arbetsrapport 33:2020. Linköpings kommun: FoU-Centrum för vård, omsorg och socialt arbete.
- Eriksson, E. (2018). Brukarinflytandets politiska innebörder: Konsensusorientering, individcentrering och avpolitisering i den nationella policydiskursen. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 25(2), 91-113.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Grell, P., Ahmadi, N. & Blom, B. (2103). Hur inverkar organisationsstrukturen på socialtjänstens klientarbete? – en sammanfattning av kunskapsläget. *Socialvetenskaplig tidskrift*. 20(3-4), 222-240.
- Grell, P. (2016). *Komplexa behov eller komplexa organisationer? Konsekvenser av specialiserad individ- och familjeomsorg ur ett klientperspektiv*. Diss. Umeå: Umeå Universitet.
- Göteborgs universitet (2021). *Om personcentrerad vård*. www.gu.se

<https://www.gu.se/gpcc/om-personcentrerad-varld>

HälsoLab (2021). *Värde för vem? Ett tjänstelogiskt perspektiv på invånarens värdeskapande i hälso-, sjukvård och socialtjänst*. Ett samarbete mellan Experio lab, Sveriges kommuner och regioner, Centrum för tjänsteforskning och Linköpings universitet.

Johansson S., Liljegren, A. & Lindgren, L. (2021). *Öppna jämförelser efter tio år i socialtjänsten. Relevans, användning och konsekvenser*. Göteborgsregionen: FoU i Väst.

Kontigo Care (2021). Previc. www.kontigocare.com
<https://kontigocare.com/varldgivarer/> [2021-10-13]

Larsen, T. & Nordenhjelm, S. (2020). *Personcentrering i kommunal vård och omsorg*. Göteborgsregionen: FoU i Väst.

Larsen, T. & Ljung, M. (2020). *Omställningen till nära vård ur ett kommunalt perspektiv. Förstudie med fokus på GR-kommunerna*. Göteborgsregionen: FoU i Väst.

Larsen, T., Nilsson, Å. & Olsson, J. (2021) *Utveckling av nyckeltal för att följa omställningen till god och nära vård och omsorg i Göteborgsregionens kommuner*. Göteborgsregionen: FoU i Väst.

Lundström, T. & Sunesson, S. (2016). Socialt arbete utförs i organisationer. I Meeuwisse, A., Swärd, H., Sunesson, S. & Knutagård, M. (red.) *Socialt arbete – en grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur, ss. 300-312.

Lydahl, D. & Larsen, T. (2021). *Patienters och anhörigas upplevelser av vård i hemmet under coronapandemin*. Göteborgsregionen: FoU i Väst.

Murphy, D., Duggan, M. & Joseph, S. (2013). Relationship-Based Social Work and Its Compatibility with the Person-Centred Approach: Principled versus Instrumental Perspectives. *British Journal of Social Work* 43, 703–719.

Myndigheten för vårdanalys (2018). *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso – och sjukvård*. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Rexvid, D. (2016). *Professionsutövning och kunskapsstyrning: en jämförelse av socialarbetares och allmänläkares klientarbete*. Diss. Umeå: Umeå universitet

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Socialdepartementet

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Socialdepartementet.

SFS 2017:725. *Kommunallag*. Finansdepartementet K.

Sjögren, J. (2018). *Med relationen som redskap? Om socialsekreterare, klientarbete och professionalism i socialtjänsten*. Diss. Linköpings universitet: Linköping University Press.

Socialstyrelsen (2006). *Lagstiftningen inom vården och omsorgen om äldre. Likheter och skillnader mellan socialtjänst- och hälso- och sjukvårdslagstiftningen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013). *Att ge ordet och lämna plats. Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2020). *Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2020. Utvecklingen i kommuner och regioner samt förslag på indikatorer*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2021). *Öppna jämförelser*. www.socialstyrelsen.se
<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/om-oppnajamforelser/> [2021-10-10]

Sveriges kommuner och landsting (2016). *Beteenden och behov hos personer i kontakt med vården. Diskussionsunderlag för utveckling och innovation*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

Sveriges kommuner och landsting (2018). *Personcentrerad vård i Sverige*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

Sveriges kommuner och regioner (2020a). *Att följa omställningen till Nära vård. En översikt av mått och indikatorer*. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner.

Sveriges kommuner och regioner (2020b). *Nära vård: Nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter*. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner.

Sveriges kommuner och regioner (2021). *Nära vård för barn och unga. Exempel på inspirerande arbetssätt*. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner.

Sveriges kommuner och regioner (2021a). *Personcentrerad vård och omsorg*.
www.skr.se
<https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/personcentreradsocialomsorg.29733.html>

Sveriges kommuner och regioner (2021b). *Fakta om kommuner och regioner*.

www.skr.se

<https://skr.se/skr/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner.1022.htm>

1

SOU 1974:39. *Socialvården - Mål och medel*. Principbetänkande av socialutredningen.

SOU 2018:39. *God och nära vård – en primärvårdsreform*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

SOU 2020:19. *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

SOU 2020:47. *Hållbar socialtjänst – en ny socialtjänstlag*. Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst.

Vårdhandboken (2021). *Personcentrerad vård*. www.vardhandboken.se

<https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-vardegrund/personcentrerad-var-d/>