

## ***Samsyn Västerbotten, samverkansplattform för komplexa vårdbehov i glesbygd***

Publik redovisning av genomförande, resultat och lärdomar

Koordinerande organisation: Region Västerbotten

Projektledare: Carola Olofsson & Erika From

Titel: Samsyn Västerbotten, samverkansplattform för komplexa vårdbehov i glesbygd

Engelsk titel: Samsyn Västerbotten, a collaborative platform for complex care needs in sparsely populated areas

Projektperiod: 1 december 2025 – 31 maj 2026

Projektnummer:

Diarienummer: 2025–03606

Övriga projektdeltagare och deras organisation:

Linda Björn Lindberg, Tf Verksamhetschef Medicinskt centrum SL Region Västerbotten

Marie Fredriksson, Överläkare Medicinskt centrum SL Region Västerbotten

Helena Lindström, Vårdutvecklare Vuxen psykiatri SL Region Västerbotten

Grete Vesteraas, Verksamhetschef Vuxen psykiatri SL Region Västerbotten

Anna Dahlgren, Verksamhetschef Stenbergska HC Region Västerbotten

Ann-Sofie Kyrk, Verksamhetschef kirurg/akuten SL Region Västerbotten

Lars Hortlund, Medicinskt ledningsansvarig sjuksköterska Lycksele kommun

Jennie Eriksson, Enhetschef Hälso-och sjukvård/hemsjukvård Lycksele kommun

Ann-Christin Linder, Samordnare nära vård Lycksele kommun

Lars Ackemo, Verksamhetschef Medicinkonsulten HC

Mattias Karlsson, Strateg Digitalisering Region Västerbotten

Johan Skönevik, Medicinsk teknik FoU Region Västerbotten

Datum:2026-05-29

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Sammanfattning .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Genomförande .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Slutsatser och lärdomar .....</b>	<b>7</b>

# 1 Sammanfattning

Projektet har adresserat en central utmaning i vårdsystemet: att personer med komplexa och sammansatta behov riskerar att få vård på fel nivå eller bli kvar i slutenvård i onödan, till följd av brister i samordning mellan region och kommun. Arbetet har samtidigt bidragit till en ökad förståelse för hemmet som den naturliga platsen för vård och återhämtning, samt betydelsen av att utgå från ett personcentrerat perspektiv. Genom konkreta patientfall och gemensamma diskussioner har projektet gett en fördjupad insikt i hur insatser från kommun, primärvård och sjukhus samspelar och hur samverkan kan utvecklas i praktiken.

För att möta detta har projektet lagt grunden till att utveckla och testa nya arbetssätt som en gemensam, operativ funktion för vård i hemmet. Parallellt har en gemensam målbild, uppdragsbeskrivning och arbetssätt tagits fram för att stärka samverkan och skapa en mer sammanhållen vårdkedja över organisationsgränser.

Projektet har resulterat i konkreta strukturer – såsom modeller, processer och arbetssätt – som kan användas i fortsatt implementering och i andra liknande initiativ. Resultaten visar potential att minska undvikbar slutenvård, förbättra övergångar mellan vårdnivåer och möjliggöra mer personcentrerad vård nära individen.

De viktigaste slutsatserna är att hållbar förändring kräver samverkande styrning, där gemensamma beslut, mandat och ansvar finns på plats. Projektet visar också att utveckling behöver ske både på strategisk nivå (styrning, finansiering) och operativ nivå (gemensamma arbetssätt och samarbete i vardagen).

Systemhinder som blivit tydliga är avsaknad av långsiktigt mandat, otydlig ansvarsfördelning och brist på hållbar finansiering. Samtidigt har möjliggörande faktorer varit gemensam målbild, nära samarbete mellan aktörer och ett tydligt fokus på individens behov.

Tidiga tecken på förändring är en ökad samsyn kring målgrupper och arbetssätt samt en stärkt samverkan mellan berörda verksamheter. Detta har lagt en grund för fortsatt utveckling mot en mer sammanhållen och behovsstyrd vård. Sammanfattningsvis bidrar projektet med både praktiska lösningar och viktig kunskap om hur samverkan kan organiseras mellan huvudmännen för att möta komplexa behov, särskilt i glesbygd.

## 2 Genomförande

Projektet har bedrivits i flera sammanhängande delmoment där arbetet successivt har gått från analys till utveckling och framtagande av ett förslag av ett nytt arbetssätt.

Inledningsvis genomfördes en nulägesanalys där brister i den befintliga vårdkedjan identifierades, särskilt kopplat till samordning mellan region och kommun. Analysen visade att patienter med sammansatta behov riskerade att hamna mellan huvudmännens ansvar, vilket kunde leda till onödig slutenvård och återkommande akuta kontakter.

Utifrån detta behov utvecklades en modell för det mobila teamet, där syfte, uppdrag, målgrupper och övergripande arbetssätt formulerades. Arbetet bedrevs i nära samverkan mellan berörda verksamheter och byggde på samskapande metoder, där olika aktörer tillsammans tog fram lösningar och strukturer för teamets funktion. Parallellt identifierades och prioriterades målgrupper, med fokus på individer med komplexa och långvariga behov samt personer som har behov av samordnade insatser i hemmet.

Projektet har använt metoder som gemensam analys, samskapande mellan organisationer samt processkartläggning. Som en del i genomförandet har även litteraturstudier samt möten och intervjuer genomförts för att ta tillvara erfarenheter och lärdomar från andra verksamheter och initiativ.

I projektet har flera aktörer från både region och kommun medverkat, vilket har varit en förutsättning för att kunna utveckla ett gemensamt och fungerande arbetssätt. Region Västerbotten, genom sjukhusverksamhet, specialistvård och primärvård, har bidragit med medicinsk kompetens, koppling till både akutvård och slutenvård samt möjligheten att genomföra mer avancerade medicinska insatser i hemmet. Samtidigt har Lycksele kommun, genom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, bidragit med kunskap om målgruppernas vardagliga behov, omsorgsinsatser samt kontinuitet i patienternas vård och stöd i hemmet. Dessa två huvudmän har tillsammans utgjort kärnan i utvecklingsarbetet.

Primärvården, både regional och kommunal, har haft en central roll som bas i arbetet och som sammanhållande funktion kring patienten, med ansvar för kontinuitet, medicinsk uppföljning och samordning av insatser. Även psykiatri har varit en viktig aktör, särskilt kring patienter med samsjuklighet, där behovet av integrerade insatser mellan somatisk vård och psykiatri är tydlig.

Sammanfattningsvis har projektet byggt på ett brett deltagande där varje aktör bidragit med sin specifika kompetens och sitt uppdrag, medan det gemensamma bidraget har varit att utveckla ett samordnat och mer sammanhållet arbetssätt kring patienter med komplexa behov.

Arbets sättet och inriktningen i projektet har förändrats successivt under genomförandet, vilket är en naturlig del av ett utvecklingsarbete som bygger på samverkan. Inledningsvis präglades arbetet av en relativt bred och övergripande ambition att skapa ett mobilt team som skulle kunna möta flera olika typer av behov hos patienter med sammansatta vård- och omsorgsinsatser. I takt med att projektet fortskred blev det dock tydligt att denna bredd behövde avgränsas för att möjliggöra ett mer konkret och genomförbart arbetssätt.

En tydlig förändring har därför varit att gå från en bred målbild till en mer fokuserad inriktning, där specifika målgrupper och insatsområden har prioriterats. Genom gemensam analys och dialog identifierades behovet av att börja i mindre skala, exempelvis med utvalda patientgrupper och tydligare definierade flöden, för att skapa bättre förutsättningar för lärande och kvalitet i genomförandet.

### **3 Resultat**

Projektet har delvis uppnått sina mål. Huvudinriktningen var att utveckla bättre styrning och samverkan mellan huvudmän samt att etablera en gemensam operativ funktion i form av ett mobilt team för personer med komplexa behov i glesbygd. Projektet har resulterat i en ny uppdragsbeskrivning, tydligare definierade målgrupper och framtagna processer och arbetssätt. Detta ger konkret nytta för målgruppen genom bättre förutsättningar för samordnad vård, vård på rätt nivå och mer planerade insatser i hemmet. Arbetet har även bidragit till en ökad kännedom om medicintekniska insatser i hemmet och hur exempelvis egenmonitorering och distansmonitorering kan användas för att stärka patientsäkerheten. Projektet har också synliggjort möjligheterna med digitala lösningar som stöd för ett mer teambaserat och samordnat arbetssätt.

Samtidigt har inte fullt genomförande uppnåtts under projekttiden. Införandet av det mobila teamet har försenats, främst på grund av otydlighet kring mandat, resurser och långsiktig finansiering samt svårigheter att fatta gemensamma beslut mellan organisationer.

Samarbeten mellan region och kommun har stärkts under projektet. Relationerna har utvecklats från att vara mer parallella till att i högre grad präglas av gemensam problemförståelse och samsyn kring ansvar, styrning och arbetssätt. De återkommande gemensamma mötena och en strukturerad process har varit en viktig möjliggörare.

Förståelsen av problemet har fördjupats. Det har blivit tydligt att utmaningen inte enbart handlar om att skapa en ny funktion, utan om att samordna flöden, tydliggöra

gränssnitt mellan verksamheter och hantera systemfrågor som påverkar genomförandet. Projektet har även konkretiserat vilka patientgrupper ett mobilt team bör börja med, vilket minskar risken för otydlighet och överlapp.

På systemnivå har flera hinder identifierats: oklara mandat, brist på gemensamma ekonomiska incitament, behov av gemensam finansiering, bemanningsfrågor samt IT-förutsättningar. Samtidigt har faktorer som gemensamma arbetssätt, förankring och kontinuerlig dialog visat sig vara viktiga möjliggörare.

Det finns tidiga signaler på förändring som är viktiga att följa. En ökad samsyn mellan aktörer, tydligare målgrupper och gemensamma processer skapar bättre förutsättningar för införande. På sikt kan detta bidra till mer sammanhållen vård över organisationsgränser, minskade undvikbara sjukhusinläggningar och tryggare utskrivningar för patienter med komplexa behov.

Även om implementeringen inte är fullt genomförd utgör projektets resultat och lärdomar en stabil grund för fortsatt beslut, införande och uppskalning, både lokalt och i andra områden med liknande förutsättningar.

## 4 Slutsatser och lärdomar

Projektet visar att utmaningar kring personer med komplexa behov i hög grad är systemövergripande och inte kan lösas inom enskilda organisationer. Arbetet har bidragit till att utveckla en gemensam målbild, uppdragsbeskrivning och arbetssätt för vård i hemmet över organisationsgränser, vilket stärker förutsättningarna för en mer sammanhållen vårdkedja.

Ur ett större systemperspektiv synliggör projektet behovet av samverkande styrning mellan region och kommun. Erfarenheterna visar att det inte räcker med lokala initiativ på utförarnivå, utan att tydliga gemensamma beslut, mandat och långsiktiga strukturer krävs för att möjliggöra implementering och skala upp arbetssättet.

De viktigaste utvecklingsområdena framåt är därför att säkerställa långsiktigt mandat, hållbar finansiering och gemensam styrning, samt att integrera det nya arbetssättet i ordinarie strukturer. Det handlar även om att fortsätta utveckla arbetssätt som möjliggör vård i hemmet, stärker övergångar mellan vårdnivåer och minskar beroendet av slutenvård.

Projektet bidrar med flera lärdomar av bred relevans. Arbetet med gemensamma workshoppar och processkartläggning, där kompetenser från olika medicinska områden samt teknikfunktioner deltagit, har bidragit till en ökad ömsesidig förståelse kring

vårdbehov, insatser och möjligheter med medicinsk teknik och digitalisering. En central insikt är att samverkan behöver byggas både strukturellt och operativt – genom gemensamma uppdrag, tydliga processer och nära samarbete i det dagliga arbetet. Vidare visar projektet att utveckling i glesbygd ställer särskilda krav på flexibilitet, gemensam prioritering av målgrupper och förmåga att anpassa lösningar utifrån lokala förutsättningar.

Regionens arkitekturfunktion har genom sitt deltagande i projektet för teknikförflyttningar fått en fördjupad förståelse för samverkan mellan region och kommun. Arbetet har bidragit till en tydligare målbild för hur den tekniska arkitekturen kan stödja och möjliggöra digital samverkan.

En central insikt är behovet av en sammanhängande struktur som stödjer flera nivåer av samarbete, där följande områden är särskilt avgörande:

1. Vårdteamplanering
2. Patientkommunikation
3. Monitorering och uppföljning
4. Samordning i realtid
5. Informationsdelning
6. Sammanhållen informationsbild

Sammantaget visar projektet att en medveten och gemensam arkitektur är en förutsättning för att uppnå effektiv, säker och personcentrerad samverkan mellan huvudmän.

Resultaten har redan lagt en grund för fortsatt utveckling, bland annat genom framtagna modeller, processer och erfarenheter som kan användas i fortsatt implementering och i andra liknande initiativ. På sikt bedöms arbetet kunna bidra till bättre resursanvändning, ökad kvalitet och trygghet för individen samt minskade undvikbara sjukhusinläggningar genom att vård ges på rätt nivå och i rätt tid.